



**FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS GAMALIEL**  
**CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**FLÁVIA MARIAH COSTA DE CARVALHO**  
**RONISSON VARGENS RIBEIRO**

**PERFIL SOCIAL E CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE SUICÍDIO EM**  
**POPULAÇÃO JOVEM DE 2011 A 2021 EM TUCURUÍ-PA**

TUCURUÍ – PA

2021



FLÁVIA MARIAH COSTA DE CARVALHO  
RONISSON VARGENS RIBEIRO

**PERFIL SOCIAL E CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE SUICÍDIO EM  
POPULAÇÃO JOVEM DE 2011 A 2021 EM TUCURUÍ-PA**

Pré-projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado à Faculdade De Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel, como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Ma Renata Campos de Sousa Borges.

TUCURUÍ – PA

2021



FLÁVIA MARIAH COSTA DE CARVALHO  
RONISSON VARGENS RIBEIRO

**PERFIL SOCIAL E CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE SUICÍDIO EM  
POPULAÇÃO JOVEM DE 2011 A 2021 EM TUCURUÍ-PA**

Pré-projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado à Faculdade De Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel, como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Ma Renata Campos de Sousa Borges.

Data de apresentação: 13 /12 / 2021

**Banca examinadora:**

\_\_\_\_\_ - Orientadora  
Prof.<sup>a</sup> Renata Campos de Sousa Borges  
Enfermeira Especialista em Enfermagem do Trabalho e Mestra em Ensino e Saúde na Amazônia  
Faculdade Gamaliel

\_\_\_\_\_ - Avaliadora  
Prof.<sup>a</sup> Mírian Letícia Carmo Bastos  
Farmacêutica Bioquímica e Mestra em Ciências Farmacêuticas

\_\_\_\_\_ - Avaliadora  
Prof.<sup>a</sup> Natália Karina Nascimento da Silva  
Mestra em Neurociência e Biologia Celular e Doutora em Genética e Biologia Molecular

Conceito: \_\_\_\_\_

TUCURUÍ – PA

2021

## DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Dedico a Deus, por me guiar e não me deixar desistir. Agradeço pela vida e por me proporcionar saúde durante todos os meus anos de estudo.

Ao meu pai, Manoel Garcia de Carvalho, meu eterno anjo da guarda, que foi e continua sendo meu maior exemplo de vida.

À minha mãe, Claudia Leticia Costa de Carvalho, que exerce papel de pai e mãe para três filhas, meu maior exemplo de força e dedicação.

Às minhas irmãs mais velhas, Manuelle Costa de Carvalho e Ana Cláudia Costa de Carvalho, que estão sempre comigo.

Ao André, meu amor e melhor amigo, meu maior apoio e acolhimento.

Ao Ronisson, meu parceiro de TCC e amigo. Agradeço por tudo.

À minha orientadora, Renata Campos de Sousa Borges, uma grande inspiração profissional. Agradeço pelos ensinamentos e paciência.

A todos, que de alguma forma, estiveram comigo ao longo desta caminhada.

*Flávia Mariah Costa de Carvalho*

Dedico, primeiramente, a Deus que me permitiu realizar esse sonho de infância e foi a razão pela qual não desisti.

Aos meus pais Reinaldo Marques Ribeiro e Ednaide Vargens Marques que foram os grandes pilares em minha vida e nunca mediram esforços nem sacrifícios para que eu pudesse chegar aqui.

À irmã Conceição e ao irmão Cosmo que sempre confiaram e nunca viram empecilhos para me animar e ajudar.

À professora Bruna Mercedes, que foi o primeiro grande exemplo de profissional que desejo ser e instrumento nas mãos de Deus para que eu pudesse me apaixonar pela enfermagem.

Agradeço à minha cunhada Gleyciele Aires Farias e ao meu irmão Ramison Vargens Ribeiro que me deram os maiores tesouros que um tio poderia ter e também são o que mais amo nessa vida, as princesas Glenda e Gleina, e ambos me incentivaram nos momentos de incerteza e sempre me lembraram do propósito.

À minha amiga e parceira de TCC, Flávia Mariah ou simplesmente Flavinha, que abraça as minhas ideias malucas e tem me ajudado desde o início desse sonho.

À nossa orientadora Renata Campos de Sousa Borges e à coordenadora do curso de enfermagem da FATEFIG Laís Araújo, que me abraçaram e me incentivaram a não desistir num dos momentos mais difíceis e decisivos dessa jornada.

Agradeço aos nossos colegas de grupo de seminário Adailson, Carlos e Adrielly e Márcia Jamlie que foram essenciais nesse percurso.

Agradeço a professora Julyany Rocha que muito me ajudou nesse processo e foi fundamental para extrair muito do meu potencial junto ao Projeto Flor de Orquídea e à Luciana Soares Monteiro e à Jessica Dias Ribeiro que foram muito parceiras e sou grato a Deus por ter me dado a oportunidade de trabalhar com vocês.

Agradeço a todos os meus amigos que suportaram minhas ausências e ainda assim continuaram torcendo pelo meu sucesso.

Por tudo, obrigado.

***Ronisson Vargens Ribeiro***

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais  
voltará ao seu tamanho original.”*

Albert Einstein

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### QUADROS

Quadro 1 - Categorização das variáveis e sua classificação.....	29
---	----

### GRÁFICOS

Gráfico 1 – Perfil social segundo o sexo por ano de ocorrência de casos confirmados de suicídio de 2011 a 2021 no município de Tucuruí-PA .....	34
Gráfico 2 – Perfil social do total de ocorrências de suicídio segundo o sexo de 2011 a 2021 no município de Tucuruí-PA .....	36
Gráfico 3 – Perfil social de suicídio por faixa etária de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA.....	37
Gráfico 4 – Perfil social de suicídio por faixa etária de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA.....	38
Gráfico 5 – Perfil social de suicídio relacionado à Raça/Cor de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA.....	40
Gráfico 6 – Perfil social de suicídio segundo estado civil de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA .....	42
Gráfico 7 – Perfil social relacionado ao número total de óbitos por suicídio por estado civil de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA .....	43
Gráfico 8 – Ocorrência dos casos de suicídio de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA .....	44
Gráfico 9 - Ocorrência suicídios registrados de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA.....	46
Gráfico 10 – Perfil relacionado ao local de ocorrência de suicídio de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA .....	47
Gráfico 11 - Ocorrências de suicídio por causa do óbito segundo o Cadastro Internacional de Doença (CID) de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA.....	49

### FIGURAS

Figura 01 – Gradiente de cores utilizadas na prototipagem .....	54
Figura 02 – Prototipo de telas boas vindas 1 e 2 .....	55
Figura 03 – Prototipos de telas de boas vindas 3 e 4.....	55
Figura 04 – Prototipo de tela de cadastro e tela inicial (home) do aplicativo .....	56
Figura 05 – Prototipo da tela de rede de apoio e tela de interações recentes .....	57
Figura 06 -Prototipo de tela de busca por usuários e de mensagens internas.....	58
Figura 07 – Prototipo de tela do perfil pessoal e busca de localizações.....	59

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CID – Classificação Internacional de Doença

DO – Declaração de Óbito

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PA – Pará

PIB – Produto Interno Bruto

PSE – Programa Saúde na escola

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

## RESUMO

DE CARVALHO, F. M. C.; RIBEIRO, R. V. **Perfil social e características epidemiológicas de suicídio em população jovem de 2011 a 2021 em Tucuruí-Pa.** 2021. Monografia (Graduação em enfermagem). Faculdade de Teologia Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel - FATEFIG, Tucuruí, 2021.

**INTRODUÇÃO:** O suicídio ocorre no mundo inteiro e está entre as cinco maiores causas de morte, sendo que, em vários países ele vem como a primeira ou segunda causa de morte entre adolescentes do sexo masculino e feminino. Atinge todas as classes sociais e culturas apresentando uma etiologia complexa. Entendendo o suicídio como um problema de saúde pública, objetivou-se realizar um estudo epidemiológico das características dos casos de suicídio na infância e adolescência no município de Tucuruí-PA. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, ou seja, um estudo da distribuição e dos fatores relacionados a doenças e eventos ou condições associadas à saúde em populações específicas, também observacional de desenho transversal com abordagem descritiva de delineamento retrospectivo. A área de estudo está localizada no município de Tucuruí-PA, com objeto na população de 10 a 29 anos no período de 2011 a setembro de 2021. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os dados recebidos confirmaram 52 ocorrências de mortes suicidas na faixa etária de 10 a 29 anos, sendo destacada maior ocorrência em indivíduos entre 20-29 anos (63,3%), a incidência no município é predominantemente masculina expressadas por 82,7% do total, pessoas solteiras apresentaram maior incidência nos números suicidas com 56% dos casos informados, o principal local de ocorrência de óbitos foi o domicílio com 65,4%, e 63,5% cometeram suicídio por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70). Assim, 2021 mesmo sem ter chegado ao fim compreende 11% das ocorrências em todo esse período. Essas discrepâncias podem ser esclarecidas devido às variedades regionais, visto que o país possui proporções continentais, dessa forma pode-se inferir que essa situação pode provocar oscilações nos dados em âmbito nacional. **CONCLUSÃO:** Ao chegarmos ao fim deste trabalho, consideramos que ele apresenta uma tentativa de proporcionar ao leitor, seja profissional da área da saúde ou não, um pouco mais de conhecimento sobre esse tema que necessita de extrema atenção. Ao profissional da área da saúde este estudo proporciona maiores ensinamentos quanto ao alerta em saber identificar comportamentos suicidas. Posto isto, foi possível atingir a proposta de forma satisfatória de modo a trazer resultados positivos no combate ao suicídio nessa localidade.

**PALAVRAS CHAVES:** suicídio; saúde pública; enfermagem; demografia; epidemiologia.

## ABSTRACT

DE CARVALHO, F. M. C.; RIBEIRO, R. V. **Social profile and epidemiological characteristics of suicide in a young population from 2011 to 2021 in Tucuruí-Pa.** 2021. Monograph (Graduate in Nursing). Faculty of Theology, Philosophy and Human Sciences Gamaliel - FATEFIG, Tucuruí, 2021.

**INTRODUCTION:** Child-juvenile suicide occurs worldwide and is among the five leading causes of death, and in several countries it is the first or second cause of death among male and female adolescents. It affects all social classes and cultures, presenting a complex etiology. Understanding suicide as a public health problem, the objective was to carry out an epidemiological study of the characteristics of suicide cases in childhood and adolescence in the city of Tucuruí-PA. **METHODOLOGY:** This is an epidemiological research, that is, a study of the distribution and factors related to diseases and events or conditions associated with health in specific populations, also observational with a cross-sectional design with a descriptive approach and a retrospective design. The study area is located in the municipality of Tucuruí-PA, with an object in the infant-juvenile population aged 10 to 29 years from 2011 to September 2021. **RESULTS AND DISCUSSION:** The data received confirmed 52 occurrences of suicidal deaths in the age group of 10 to 29 years old, with a higher occurrence in individuals between 20-29 years old (63.3%), the incidence in the city is predominantly male, expressed by 82.7% of the total, single people had a higher incidence in suicidal numbers with 56% of the In reported cases, the main place of occurrence of deaths was the home with 65.4%, and 63.5% committed suicide by hanging, strangulation and suffocation (X70). Thus, 2021, even without having reached the end, comprises 11% of the occurrences in this entire period. These discrepancies can be clarified due to regional varieties, as the country has continental proportions, thus it can be inferred that this situation can cause fluctuations in the data at the national level. **CONCLUSION:** At the end of this work, we consider that it presents an attempt to provide the reader, whether a health professional or not, with a little more knowledge about this topic that needs extreme attention. For health professionals, this study provides further lessons in terms of alertness in knowing how to identify suicidal behaviors. That said, it was possible to reach the proposal satisfactorily in order to bring positive results in the fight against suicide in that location.

**KEY WORDS:** suicide; public health; nursing; demography; epidemiology.

## ABSTRACTO

DE CARVALHO, F. M. C.; RIBEIRO, R. V. **Perfil social y características epidemiológicas del suicidio en una población joven de 2011 a 2021 en Tucuuruí-Pa.** 2021. Monográfico (Licenciado en Enfermería). Facultad de Teología, Filosofía y Ciencias Humanas Gamaliel - FATEFIG, Tucuuruí, 2021.

**INTRODUCCIÓN:** El suicidio ocurre en todo el mundo y se encuentra entre las cinco principales causas de muerte, y en varios países es la primera o segunda causa de muerte entre adolescentes y adolescentes. Afecta a todas las clases sociales y culturas, presentando una etiología compleja. Entendiendo el suicidio como un problema de salud pública, el objetivo fue realizar un estudio epidemiológico de las características de casos de suicidio en la niñez y adolescencia en la ciudad de Tucuuruí-PA. **METODOLOGÍA:** Se trata de una investigación epidemiológica, es decir, un estudio de la distribución y factores relacionados con enfermedades y eventos o condiciones asociadas a la salud en poblaciones específicas, también observacional con un diseño transversal con enfoque descriptivo y diseño retrospectivo. El área de estudio se ubica en el municipio de Tucuuruí-PA, con objeto en la población infantil-juvenil de 10 a 29 años de 2011 a septiembre de 2021. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Los datos recibidos confirmaron 52 ocurrencias de muertes suicidas en el grupo de edad. de 10 a 29 años, con mayor ocurrencia en individuos entre 20-29 años (63,3%), la incidencia en la ciudad es predominantemente masculina, expresada en 82,7% del total, las personas solteras tuvieron mayor incidencia en número de suicidios con 56% de los casos reportados, el principal lugar de ocurrencia de las muertes fue el domicilio con 65,4%, y el 63,5% se suicidó por ahorcamiento, estrangulamiento y asfixia (X70). Así, 2021, aún sin haber llegado al final, comprende el 11% de las ocurrencias en todo este período. Estas discrepancias se pueden aclarar por variedades regionales, ya que el país tiene proporciones continentales, por lo que se puede inferir que esta situación puede ocasionar fluctuaciones en los datos a nivel nacional. **CONCLUSIÓN:** Al final de este trabajo, consideramos que presenta un intento de brindar al lector, sea o no un profesional de la salud, un poco más de conocimiento sobre este tema que necesita una atención extrema. Para los profesionales de la salud, este estudio proporciona más lecciones en términos de estado de alerta para saber cómo identificar los comportamientos suicidas. Dicho esto, fue posible llegar a la propuesta de manera satisfactoria con el fin de traer resultados positivos en la lucha contra el suicidio en ese lugar.

**PALABRAS CLAVE:** suicidio; salud pública; enfermería; demografía; epidemiología.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA .....	13
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA E QUESTÕES NORTEADORAS .....	15
1.3 JUSTIFICATIVA .....	16
1.4 OBJETIVOS .....	17
1.4.1 Objetivo Geral .....	17
1.4.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
2.1 CONCEITO DE SUICÍDIO .....	18
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	18
2.3 SAÚDE MENTAL .....	20
2.4 VULNERABILIDADE AO RISCO.....	20
2.5 SUICÍDIO EM JOVENS.....	23
2.6 DIREITO À VIDA GARANTIDO PELOS DIREITOS HUMANOS, CONSTITUIÇÃO FEDERAL E ECA.....	24
2.7 CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO DA ENFERMAGEM A POPULAÇÃO COM IDEAÇÕES SUICIDAS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO.....	25
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	27
3.1 ASPECTOS ÉTICOS .....	27
3.3 ÁREA DE ESTUDO .....	28
3.4 POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA .....	28
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	28
3.6 FONTE DE INFORMAÇÕES .....	29
3.7 ANÁLISE DE DADOS .....	32
3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	32
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	34
4.1 ASPECTOS SOCIAIS.....	34
4.2 DADOS DE NOTIFICAÇÃO.....	44
4.3 VARIÁVEIS REFERENTES AO ÓBITO.....	48
<b>6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	52
6.1 A TECNOLOGIA DE APLICATIVOS .....	52
6.2 A REDE SOCIAL COMO TÁTICA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE .....	52

6.3 OBJETIVOS DO APLICATIVO COMO INTERVENÇÃO.....	53
6.4 PSICOLOGIA DAS CORES .....	54
6.5 PROTOTIPAGEM .....	55
<b>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
<b>8. CRONOGRAMA.....</b>	<b>64</b>
<b>9. ORÇAMENTO .....</b>	<b>65</b>
<b>9. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>74</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) /Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016), ser saudável possui um significado que ultrapassa a falta de saúde, ou seja, não possuir um diagnóstico que evidencie alguma doença não significa, necessariamente, ter saúde. Isto porque, segundo o órgão internacional, só é possível alcançar saúde quando se tem um estado de bem-estar pleno nas esferas físicas, sociais e mentais que compreendem a vida de um indivíduo. Isto é imprescindível para que uma pessoa possa realizar suas atividades de vida diárias e viver bem em sociedade.

Pessoas com transtornos mentais possuem um risco mais elevado para tentar ou cometer suicídio, e representam 90% daqueles que conseguem concretizar os esforços quando comparadas ao restante das pessoas com quadros psicológicos saudáveis. As desordens que mais se destacam são as de humor, de características psicóticas, de ansiedade, de personalidade e também o uso de substâncias psicoativas (OMS, 2014; TURECKI; BRENT, 2016; GOMES *et al.*, 2016).

O suicídio é entendido como ato deliberado, intencional, de tirar a própria vida: iniciado e executado por alguém que tem noção e expectativa de que o resultado seja sua própria morte. E, atualmente, é compreendido como um fenômeno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos, sendo considerado um grande problema de saúde pública no mundo (CESCON *et al.*, 2018).

O suicídio em jovens, especificamente, ocorre no mundo inteiro, e está entre as cinco maiores causas de morte, sendo que, em vários países, ele vem como a primeira ou segunda causa de morte entre adolescentes do sexo masculino e feminino. Refere-se a um ato voluntário contra a própria vida, que resulta em morte. Atinge todas as classes sociais e culturas apresentando uma etiologia complexa que vem desde os aspectos sociais, biológicos, psicológicos, genéticos, ambientais e culturais (SILVA *et al.*, 2021).

De acordo com Silva *et al.*, (2021) os adolescentes compõem a faixa etária com maior preocupação em relação à atenção a comportamentos de risco relacionados à saúde. Nesse período de vida, os conflitos emocionais e as variações de humor são maiores e característicos, trazendo alguns problemas como a ideação suicida no que se refere ao pensamento e planejamento do ato de uma tentativa de suicídio, podendo ser um primeiro passo para a execução.

Para Coronel e Werlang (2010), a incidência de suicídio e sua tentativa têm aumentado ao longo dos anos. O autocídio é o motivo de mais da metade dos óbitos causados por violência, os autores estimam que ao longo do ano de 2003, nada menos do que 900.000 pessoas, no mundo, cometeram autocídio. Segundo a OMS (2017), anualmente mais de 800.000 pessoas no mundo morrem por suicídio e esta é a segunda causa de mortalidade entre jovens de 15 a 29 anos. A OMS ainda estima que para cada caso de suicídio confirmado há pelo menos 20 tentativas que nem chegam a ser notificadas.

Ademais, Botega (2014), destaca a seriedade de conhecer a distribuição geográfica e temporal dos óbitos por suicídio nas cidades brasileiras. A região Norte, por exemplo, segundo Gomes *et al.*, (2020), se destaca com um aumento de 77,7% dos casos de suicídio, tendo os estados do Acre, Roraima, Tocantins e Amazonas duplicado suas ocorrências ao longo dos anos. Dito isso, é necessário conhecer o perfil epidemiológico para compreender os fatores de risco de modo a contribuir para delimitar o público mais vulnerável para o suicídio, bem como orientar na concepção e implantação de políticas de saúde pública, através de ações de intervenções efetivas para prevenção e controle de forma integral.

Batista, Araújo e Figueiredo (2016), relatam que o estado do Pará ficou em segundo lugar nos índices de suicídio entre crianças e adolescentes no período de 2010 a 2013, com um total de 135 casos registrados na faixa etária de 05 a 19 anos, representando um crescimento de 31,6% neste período, ainda evidenciam que a maioria (77,8%) estão entre adolescentes de 15 a 19 anos, 20,74% na faixa etária de 10 a 14 anos, e 1,5% em crianças menores de 10 anos. Assim, O Ministério da Saúde (MS) evidenciou que as maiores taxas de suicídio, ao contrário do que se costuma pensar, são notavelmente maiores em pequenos municípios (BRASIL, 2008).

Posto isto, é imprescindível que se faça um estudo epidemiológico na região do lago de Tucuruí-PA para investigar quais os índices de suicídio e tentativa de suicídio na infância e adolescência bem como evidenciar a faixa etária com maiores riscos e quais os determinantes envolvidos no perfil associado à região.

## 1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA E QUESTÕES NORTEADORAS

Ao longo de nossa jornada acadêmica, ouvimos e aprendemos sobre os diversos tipos de violência, dentre estas, a violência autoprovocada é o tipo que mais nos instiga à pesquisa pela experiência vivida precocemente por diversos indivíduos e pelo conhecimento da demanda crescente sobre o tema, e de casos em nosso município que permanecem no anonimato, sem notificações que poderiam trazer os holofotes ou a devida atenção para os casos de tentativa ou consumação do ato no público jovem, este último foi o que de fato nos fez optar por esta temática.

Para uma família o caos se instaura ao perceber que um familiar pôs fim à própria vida. Muitas são as questões e dúvidas em torno dos motivos que levaram a pessoa a concretizar o ato e muitos ainda terão de superar a ideia de que uma história chegou ao fim e, junto ao futuro daquele familiar ou amigo, muitos sonhos se desfarão. Amigos, conhecidos, familiares e a comunidade ficam sujeitos à problemas físicos, mentais e sociais podendo ainda tornarem-se vítimas da ideação suicida devido ao processo de luto e às causas multifatoriais de estresse.

Em vista disso, é sabido que os casos de suicídio vêm aumentando ao longo dos anos nesta população ao redor do mundo chegando a 800.000 casos anualmente (OMS, 2017).

Destarte, pelas demandas em saúde mental, a nível mundial, e local, e sabendo que os fatores de risco envolvem variáveis multifacetadas, complexas e de naturezas que variam de comunidade para comunidade ou das intensas transformações sociais vivenciadas nos últimos anos além, é claro, das características sociais intrínsecas ao município, é de extrema importância que os dados epidemiológicos estejam constantemente atualizados nas diferentes estratégias geográficas.

E para que este tema seja discutido ao nível local, aqui buscamos instigar a transformação da nossa realidade através das seguintes questões: quais as taxas de suicídio na infância e adolescência no município de Tucuruí no estado do Pará? E quais os principais fatores de riscos associados a esta localidade?

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Entendendo o suicídio e a tentativa de suicídio como um problema de saúde pública que afeta crianças, jovens, adultos e idosos, por meio de fatores complexos que interagem entre si, um estudo epidemiológico no município de Tucuruí-PA trará grandes benefícios por traçar um perfil de risco bem como os principais fatores relacionados às características intrínsecas à localidade.

Desta forma, é possível implementar intervenções mais focadas e eficientes que trarão resultados positivos no combate ao suicídio e na promoção de saúde mental para a população, além de acolher e amparar crianças e adolescentes em situação de risco e conseqüentemente interferir diretamente nos índices atuais.

Portanto, são inúmeros os benefícios proporcionados à população e à comunidade científica evidenciando dados específicos do município e otimizando os serviços prestados na localidade por meio da análise de dados e inferências científicas que ampliarão a visão dos profissionais e tornarão as políticas públicas da localidade mais eficientes para preservar a qualidade de vida dos jovens e crianças. Dito isto, a pesquisa traz à luz da enfermagem a necessidade de conferir maior atenção aos riscos de suicídio no público jovem, e contribui imensamente para nossa formação acadêmica nos permitindo identificar fatores de risco com maior facilidade e prover assistência e intervenções adequadas quando nos depararmos diante de tal necessidade.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo Geral

Realizar um estudo epidemiológico das características dos casos de suicídio na infância e adolescência no município de Tucuruí-PA.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

- Investigar quais os índices de suicídio na infância e adolescência no município supracitado;
- Desenvolver uma proposta de intervenção para a faixa etária com maior suscetibilidade;
- Identificar as características e fatores de risco inerentes à população local que levam à tentativa e consumação do ato suicida na infância e adolescência;

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONCEITO DE SUICÍDIO

Para uma família o caos se instaura ao perceber que um familiar deu cabo da própria vida. Muitas são as questões e dúvidas em torno dos motivos que levaram a pessoa a concretizar o ato e muitos ainda terão de superar a ideia de que uma história chegou ao fim e, junto ao futuro daquele familiar ou amigo, muitos sonhos se desfarão feito fumaça (KUCZYNSKI, 2014).

A OMS (2017), define a tentativa de suicídio como qualquer comportamento suicida não consumado. Quanto mais tentativas um indivíduo comete mais suscetível está da consumação, sendo o histórico de tentativas um fator de risco primordial para novas ocorrências (HUANG; YU-CHI *et al.*, 2014; TETI *et al.*, 2014). Para o MS (2017), automutilação, autoagressão e tentativas de suicídio compreendem o termo de violência autoprovocada em pessoas de sexo masculino e feminino cujo objetivo é alcançar a morte.

O suicídio pode ser definido como ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo; iniciado e executado por uma pessoa com clara noção ou forte expectativa de que o desfecho seja fatal e resulte em sua própria morte. O suicídio hoje é compreendido como um fenômeno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos, sendo considerado um grande problema de saúde pública no mundo (CESCON *et al.*, 2018).

### 2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

O índice de mortalidade por autoextermínio representa o número de suicídio para cada 100.000 habitantes, ao longo de um ano. Dito isto, os níveis mais altos encontram-se em países da Europa oriental; os mais baixos, em países da América Central e América do Sul. Os coeficientes nos Estados Unidos da América (EUA), Austrália, Japão e países da Europa Central encontram-se numa faixa intermediária (BOTEGA, 2014).

Para Coronel e Werlang (2010), a incidência de suicídio e sua tentativa têm aumentado ao longo dos anos. O autocídio é o motivo de mais da metade dos óbitos causados por violência, os autores estimam que ao longo do ano de 2003, nada menos do que 900.000 pessoas, no mundo, deram fim à própria vida. Segundo a OMS (2017), anualmente mais de 800.000 pessoas no mundo morrem por suicídio e esta é a segunda causa de mortalidade entre jovens de 15 a 29 anos. A OMS ainda estima que para cada caso de suicídio confirmado há pelo menos 20 tentativas que nem chegam a ser notificadas.

Botega (2014), assegura que o autoextermínio está entre as três principais causas de mortalidade entre pessoas de 15 a 44 anos. Segundo as informações da OMS, o autoextermínio é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Esses dados não incluem as tentativas de suicídio, que chegam a ser de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio. A cada 45 segundos, um caso de suicídio ocorre em algum lugar do mundo. Há um contingente de 1.920 pessoas que põem termo à vida diariamente.

Segundo o MS (2017), os dados coletados no país de 2011 a 2016 corroboram a crescente de tentativas ao longo dos anos, sendo mais prevalentes no sexo feminino, porém os maiores índices de consumação estão entre o sexo masculino. Em ambos os sexos as tentativas são mais comuns em regiões urbanas. A maioria das tentativas de suicídio e suicídio são realizadas por enforcamento e geralmente na residência dos indivíduos. Ainda segundo o MS, os dados evidenciam que muitas vezes o preenchimento das notificações não é adequado. O que chama atenção é que 31,3% dos casos no sexo feminino e 26,4% dos casos no sexo masculino foram contabilizados como violência por repetição.

Ademais, Botega (2014), destaca a seriedade de conhecer a distribuição geográfica e temporal dos óbitos por suicídio nas cidades brasileiras. A região Norte, por exemplo, segundo Gomes *et al.*, (2020), se destaca com um aumento de 77,7% dos casos de suicídio, tendo os estados do Acre, Roraima, Tocantins e Amazonas duplicado suas ocorrências ao longo dos anos. Dito isso, é necessário conhecer o perfil epidemiológico para compreender os fatores de risco de modo a contribuir para delimitar o público mais vulnerável para o suicídio, bem como orientar na concepção e implantação de políticas de saúde pública, através de ações de intervenções efetivas para prevenção e controle de forma integral.

Batista, Araújo e Figueiredo (2016), relatam que o estado do Pará ficou em segundo lugar nos índices de suicídio entre crianças e adolescentes no período de 2010 a 2013, com um total de 135 casos registrados na faixa etária de 05 a 19 anos, representando um crescimento de 31,6% neste período, ainda evidenciam que a maioria (77,8%) estão entre adolescentes de 15 a 19 anos, 20,74% na faixa etária de 10 a 14 anos, e 1,5% em crianças menores de 10 anos.

O MS evidenciou que as maiores taxas de suicídio, ao contrário do que se costuma pensar, são notavelmente maiores em pequenos municípios (BRASIL, 2008). Marin-Leon e colaboradores (2012, p. 353), fizeram uma investigação ao nível nacional, onde avaliaram a relação de índices de suicídio pelo tamanho da população entre municípios nas 4 regiões geopolíticas do país, neste estudo os autores rastrearam os quatro municípios que mais se destacam dentre as regiões, no que diz respeito aos índices de suicídio, e subdividiram o tamanho das populações em: micro, muito pequena, pequena, média, grande, muito grande,

onde o município de Tucuruí apareceu entre os resultados na população média, com 37 casos, de indivíduos com 10 anos ou mais, notificados entre 2004 e 2010.

### 2.3 SAÚDE MENTAL

Para a OPAS e OMS (2016), ser saudável possui um significado que ultrapassa a falta de saúde, ou seja, não possuir um diagnóstico que evidencie alguma doença não significa, necessariamente, ter saúde. Portanto, segundo o órgão internacional, só é possível alcançar um estado pleno de saúde quando se tem um estado de bem-estar completo nas esferas físicas, sociais e mentais que compreendem a vida de um indivíduo. Da mesma forma, a inexistência de transtornos mentais e incapacidades não corrobora a ideia de uma saúde mental em perfeitas condições. Esta última é imprescindível para que uma pessoa possa realizar suas atividades de vida diárias e viver bem em sociedade (OPAS; OMS, 2016).

Dito isso, a depressão é apontada como fator de risco para um prognóstico ruim de doenças crônicas, onde acaba afetando a capacidade funcional e a qualidade de vida do indivíduo. Dessa forma, a presença de uma doença física pode contribuir para o agravamento da depressão, por meio direto na função cerebral, ou meios psicológicos e psicossociais. Assim, tanto a depressão antecipa doenças crônicas, quanto essas patologias acentuam sintomas depressivos (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, segundo Oliveira *et al.*, (2018), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais aponta como critério de diagnóstico para estados depressivos fatores como pensamentos de morte recorrentes (não somente medo de morrer), construção de ideias suicidas frequentemente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio, ou plano específico de cometer autocídio. Destarte, é sabido que pessoas com depressão podem apresentar modificações cognitivas e funcionais consideráveis. Assim, é notório que o comprometimento cognitivo bem como o sofrimento mental em indivíduos eleva a probabilidade de ideação suicida.

Portanto, para o autor supracitado, o entendimento da assistência na qualidade de vida abrangendo aspectos físicos, psicológicos e sociais, é de suma importância para ajudar os profissionais de saúde na construção e implementação satisfatória de projetos de prevenção ao autocídio além de potencializar as oportunidades de detecção de necessidades em saúde mental.

### 2.4 VULNERABILIDADE AO RISCO

Pessoas com transtornos mentais possuem um risco mais elevado para tentar ou cometer suicídio, e representam 90% daqueles que conseguem concretizar os esforços quando

comparadas ao restante das pessoas com quadros psicológicos saudáveis. As desordens que mais se destacam são as de humor, de características psicóticas, de ansiedade, de personalidade e também o uso de substâncias psicoativas (OMS, 2014; TURECKI; BRENT, 2016; GOMES *et al.*, 2016).

Estudos sugerem que os déficits na capacidade de resolução de problemas são um importante fator de risco para o comportamento suicida. Estudiosos, ao longo de décadas, investigaram as relações e a influência desse déficit em tentativas de suicídio e suicidas e compreenderam haver diversas variáveis que se inter-relacionam, entre elas: a rigidez cognitiva (NEURINGER, 1964, PATSIOKAS, CLUM; LUSCOMB, 1979), o pensamento dicotômico e a dificuldade de solucionar problemas de forma efetiva (LEVENSON; NEURINGER, 1971).

Dessa forma, Coronel e Werlang (2010), afirmam que essas três definições estão relacionadas, já que a rigidez cognitiva seria uma combinação do pensamento dicotômico com a deficiência na resolução de problemas. No que lhe concerne, o pensamento dicotômico caracteriza-se por uma polarização de ideias em que o sujeito considera algo como extremamente bom ou mau, não sendo capaz de analisar uma situação como contendo ambos aspectos. Já a incapacidade de solucionar problemas, é entendida como uma inabilidade na interpretação de problemas e na busca de estratégias diversas para solucioná-los de forma eficiente.

Esse pensamento corrobora com os estudos de Braga e Dell’Aglío (2013), que consideram a solidão um sentimento muito comum em adolescentes que tentam o suicídio. Tais jovens possuem dificuldades na resolução dessa situação onde relatam sentir falta de ter amigos e reclamam não ter ninguém para dividir experiências e tristezas, apresentando maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos. Além disso, estudos descobriram que o crescimento sem contato com os pais durante a infância ou adolescência pode ser um fator de risco para o suicídio, pois a comunicação emocional com os pais nesta fase do desenvolvimento reduzirá o impacto de experiências adversas.

Segundo a OMS, a vulnerabilidade relacionada ao adoecimento mental, à depressão, a desordens associadas ao álcool (alcoolismo), ao abuso, à violência, a perdas, à história de tentativa de suicídio, bem como à fatores culturais e sociais representam os maiores problemas de risco ao suicídio. Dito isto, é imprescindível considerar que esses aspectos, isoladamente, não são prognósticos de autoextermínio, mas as consequências derivadas podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao comportamento suicida (BRAGA; DELL’AGLIO, 2013).

Bertolote *et al.*, (2010), destaca que a presença de um transtorno mental é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Em geral, 90% a 98% das pessoas que se suicidam

apresentam alguma categoria de transtorno mental. As desordens do humor, especialmente os de contextos depressivos, representam o diagnóstico mais frequente entre os portadores de doença mental que cometeram suicídio. Segundo a OMS, a detecção de transtorno do humor pode ser feita entre 20,8% e 35,8% dos autócídios fatais. A associação de transtornos do humor com desordens por uso de substâncias (na prática, depressão e alcoolismo) é a mais frequente.

Braga e Dell' Aglio (2013), asseguram que a vulnerabilidade provocada pelas situações de pobreza é uma situação social que pode predispor ao autoextermínio, dado que o desemprego, o estresse econômico e a instabilidade familiar aumentam os patamares de ansiedade dos indivíduos. Além disso, o histórico de autócídio na família representa maior vulnerabilidade para repetir o comportamento, verificando-se, assim, a transgeracionalidade do comportamento. Nos adolescentes e jovens, os esforços anteriores de autócídio e a perda recente de uma pessoa estimada aumentam consideravelmente as oportunidades de suicídio.

No que diz respeito a religião, em 2014, Borba *et al.*, (2020) realizaram um estudo no município de Curitiba no estado do Paraná, onde evidenciaram que os evangélicos ocupam as taxas mais altas nas tentativas de suicídio com 67,6%, seguidos pelos católicos com 64,3%, as demais religiões apresentaram os menores índices e quem não possui religião representou 55,3% dos casos.

Dito isso, Coronel e Werlang (2010) definem os suicidas como sujeitos extremamente organizados, sendo difícil mudar de ideia ou encontrar alternativas diante de dificuldades emocionais. O autor sugere que o indivíduo suicida se considera desprotegido e, quando é colocado em uma situação desconfortável, desenvolve uma ansiedade intolerável que o leva a pensar que a única opção é evadir através de sua morte.

Para Batista *et al.*, (2018), a ideação suicida também carece de atenção, pois consiste em um fator de risco no que tange os temperamentos e comportamentos suicidas, inclusive, alguns dados demonstram que 60% dos sujeitos que chegaram efetivamente a tirar a própria vida, idealizaram esforços prévios de suicídio. Além disso, trata-se, ainda, de uma característica comum do estágio da adolescência, em razão de ser um momento do processo de elaboração de táticas e de estratégias para entender melhor os problemas existenciais, bem como de compreender o sentido da vida e da morte.

Portanto, percebe-se que as aspirações suicidas pelos jovens e adolescentes, preveem a materialização dos pensamentos, sendo, por isso, necessário a observação desses indivíduos com o objetivo de detectar tais pensamentos, assim como buscar analisar e entender os motivos ocasionadores dessa idealização com relação a esse período da vida (BATISTA *et al.*, 2018).

## 2.5 SUICÍDIO EM JOVENS

O suicídio em população jovem ocorre no mundo inteiro, e está entre as cinco maiores causas de morte, sendo que, em vários países, ele vem como a primeira ou segunda causa de morte entre adolescentes do sexo masculino e feminino. Refere-se a um ato voluntário contra a própria vida, que resulta em morte. Atinge todas as classes sociais e culturas apresentando uma etiologia complexa que vem desde os aspectos sociais, biológicos, psicológicos, genéticos, ambientais e culturais (SILVA *et al.*, 2021).

Para Sousa *et al.*, (2017) a infância apresenta estatísticas baixas de suicídio no mundo quando comparadas a outras faixas etárias. Entretanto, esse número tem aumentado e chama atenção por ser um evento trágico que rompe com o paradigma de sonhos e alegrias que deveriam fazer parte da vida dessas crianças.

Por outro lado, a adolescência, é uma fase entre a infância e a vida adulta onde apresenta estatísticas altas de suicídio em todo o mundo. É durante este período, que ocorre a necessidade de uma busca de identidade com objetivo de alcançar expectativas culturais de uma determinada sociedade. Dessa forma, o indivíduo se sente obrigado a reformular a concepção que tem acerca de si mesmo fazendo-o abandonar sua autoimagem infantil e imaginar o futuro de sua vida adulta, gerando dúvidas acerca dessa nova fase (SILVA *et al.*, 2021).

À vista disso, a limitada aptidão das crianças e adolescentes para a resolução de problemas cotidianos pode aumentar o risco de suicídio devido à falta de estratégias adaptativas em situações de estresse. Em geral, nessa etapa de transição da infância e adolescência ocorrem intensas mudanças internas e externas causando um impacto sobre a capacidade física, emocional e mental (SOUSA *et al.*, 2017).

Silva *et al.*, (2021) ressalta que subsistem alguns fatores que tornam o adolescente mais suscetível a sofrer problemas de saúde mental, como: os individuais (sexo; idade; características psicológicas como autoestima, e autoconfiança), os familiares (história de problemas de saúde mental; violência física, psicológica e sexual; problemas de álcool/drogas; violência entre os pais; separação dos pais e perdas por morte), os socioculturais (pobreza, violência no contexto social) e os biológicos (mudanças corporais da puberdade, como: forma, altura e sexualidade). Nesse sentido, é necessário um entendimento de como esses fatores articulam-se entre si e influenciam no comportamento e na saúde desse adolescente.

Sousa *et al.*, 2017, ainda destaca que as crianças verbalizam menos sobre o desejo de morrer quando comparadas aos adolescentes. Apesar da inexistência de dados concretos sobre ideação suicida na infância, pesquisadores encontraram mudanças nos comportamentos e alguns conjuntos de sinais. Nos meses que antecedem o suicídio, por exemplo, as crianças

tornam-se mais caladas e quietas, evitam sair de casa, e nos dias próximos a tentativa do ato deixam de ir à escola.

Para Silva *et al.*, (2021), por outro lado, os adolescentes compõem a faixa etária com maior preocupação em relação a atenção a comportamentos de risco relacionados à saúde. Nesse período de vida, os conflitos emocionais e as variações de humor são maiores e característicos, trazendo alguns problemas como a ideação suicida no que se refere ao pensamento e planejamento do ato de uma tentativa de suicídio, podendo ser um primeiro passo para a execução.

Portanto, o interesse por suicídio é um sinal que não deve ser ignorado em crianças e adolescentes. Manifestações verbais que referem a “pensamentos de morte”, bem como mudanças de comportamento e curiosidade pela morte devem ser levadas a sério, exigindo atenção imediata. Dessa forma, devem ser desenvolvidos procedimentos a serem seguidos visando o reconhecimento precoce do comportamento suicida, como também, profissionais de saúde e professores devem ser capacitados para que sejam capazes de ajudar as crianças com sinais que predispõem o risco para o suicídio (SOUSA *et al.*, 2017).

## 2.6 DIREITO À VIDA GARANTIDO PELOS DIREITOS HUMANOS, CONSTITUIÇÃO FEDERAL E ECA

Nos artigos terceiro e vigésimo primeiro, respectivamente, da declaração dos direitos humanos, todo sujeito possui direito à vida e acesso, mediante condições de igualdade, às funções públicas disponibilizadas em seu país (ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1948). Segundo a Constituição Federal (BRASIL, 1988), artigo 196º, a saúde é um bem de direito garantido pelo Estado a todo indivíduo, sendo disponibilizado por políticas que garantem o acesso aos serviços de forma igualitária e universal.

Moraes (2003), relata alguns dos direitos garantidos pela Carta Magna brasileira e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dentre eles o direito à vida, por se tratar de um direito fundamental, é irrenunciável (MENDES, 2006). No entanto, não é conceituado como crime, mas ainda é visto como uma violação às crenças religiosas e sociais, sendo também considerado pela medicina como uma doença psíquica por ser autoprovocada (KOVÁCS, 2013).

## 2.7 CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO DA ENFERMAGEM A POPULAÇÃO COM IDEASUICIDAS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Muitos profissionais se encontram desorientados diante da perspectiva de que uma criança é capaz de optar pelo suicídio. Mas se veem obrigados a aceitar ante os fatos clínicos de tendências e comportamentos suicidas em crianças e adolescentes e também frente a diversos casos de epidemias desses comportamentos que instigaram o desenvolvimento de medidas de prevenção na tentativa de reduzir a morbimortalidade relacionada (KUCZYNSKI, 2014).

Estudos sugerem que adolescentes e jovens que se empenharam ou cometeram suicídio, demonstraram sinais de alerta antecipadamente. Antes de consumir o ato suicida, os mesmos procuram conversar sobre suicídio, apresentam dificuldade para dormir e se alimentar, se afastam de amigos, perdem o interesse de sua aparência pessoal, usam álcool e drogas, bem como correm riscos desnecessários (BRITO *et al.*, 2020).

A literatura mostra que todas as ameaças de um sujeito em circunstâncias vulneráveis para o autoextermínio devem ser levadas a sério, mesmo quando pareça falsa ou de caráter manipulador. A reincidência de tentativas é um indicador de risco para a consumação do ato suicida. Nesse sentido, o risco de suicídio depois de uma tentativa deliberada de autoagressão é muito maior do que na população geral (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Heck *et al.*, (2012), atestam que para diminuir os índices de suicídio e os danos associados às tentativas de suicídio, a Coordenação de Saúde Mental elaborou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, propuseram com algumas secretarias do MS, o desenvolvimento de Diretrizes Nacionais para Prevenção de Suicídios, cuja regulamentação foi aprovada no ano de 2006, pela Portaria nº 1.876.5.

Nesse sentido, o suicídio apresenta-se como uma das muitas demandas complexas dos serviços comunitários de saúde mental, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo estratégicos no âmbito da política pública em saúde mental. Assim, o movimento da reforma psiquiátrica e da reformulação da assistência em saúde mental, tornou evidente a necessidade de atentar às demandas aos profissionais de saúde frente às situações de suicídio, e ainda, conhecer, divulgar e dialogar sobre práticas inovadoras que tenham dado bons resultados nesses casos (HECK *et al.*, 2012).

Vidal e Gontijo (2013), asseguram que a maior parte dos índices de autoagressão é atendida em algum serviço de saúde antes de ocorrer uma tentativa fatal. Logo, é uma excelente oportunidade para que os profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo nesse primeiro contato. Assim, para Meira e colaboradores (2020), é crescente a demanda por atendimento desses casos, em particular no contexto das

urgências e emergências do ambiente hospitalar, por ser o local de maior sentido para atendimento daqueles indivíduos que tentaram suicídio quando algum socorro ainda fosse possível.

Nessa perspectiva, para Brito *et al.*, (2020), identificar adolescentes em risco é a principal forma de desenvolver estratégias de enfrentamento e prevenção de comportamentos suicidas. Desse modo, devido ao contato mais próximo às famílias, a Estratégia Saúde da Família (ESF) juntamente às escolas, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), podem estabelecer espaços estratégicos de prevenção do comportamento suicida entre adolescentes e jovens, tendo como apoio a atuação dos professores.

Para Fontão *et al.*, (2018), a enfermagem deve assistir um cuidado humanizado que permeie a técnica e não técnica, sendo indispensável a transmissão de empatia, aceitação, respeito, honestidade e preocupação com o paciente. Destarte, essas mesmas características são primordiais após a tentativa de suicídio, pois o primeiro contato do paciente costuma ser com a equipe de enfermagem nos serviços de urgência e emergência.

Dito isto, a avaliação e gerenciamento desses pacientes são importantes para prevenir novas ocorrências de ideações e tentativas suicidas. É importante que estes profissionais sejam habilidosos nos relacionamentos interpessoais, no atendimento e avaliação para a promoção de um ambiente seguro e favorável para cuidado à saúde mental, com escuta qualificada, compreensão, observação, capacitação e treinamentos desde a formação para essa demanda seja nas Unidades Básicas, nos serviços de urgência e emergência secundários e terciários ou no pós-atendimento a esse público, isto porque a formação acadêmica costuma ser deficiente e não capacitar, de fato, para o desempenho profissional diante desses cenários (FONTÃO *et al.*, 2018).

Nesse contexto, Meira *et al.*, (2020), afirmam ser importante considerar a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para identificação e avaliação daqueles casos com risco de morte por suicídio, pois por conta da sua capacidade de ressurgimento, a prevenção apenas se tornará eficiente à medida que se reconheça que o fenômeno do autoextermínio transpõe a abordagem estritamente hospitalar, e quando fragmentada favorece as probabilidades de reincidências, causando novas internações, despesas e, principalmente, novos sofrimentos para esses indivíduos.

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa aborda uma análise fundamentada em banco de dados de acesso livre, de informações secundárias disponíveis em base de dados municipais de domínio público. Dessa forma, o estudo não necessitou de encaminhamento para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme recomendações que constam no parágrafo único da resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, ressalta-se que foram tomados os devidos cuidados éticos que preceituam as Resoluções 466/2012 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

#### 3.2 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico com abordagem quantitativa, descritiva, observacional e delineamento retrospectivo.

A pesquisa epidemiológica é um estudo da distribuição e dos fatores relacionados a doenças e eventos ou condições associadas à saúde em populações específicas para realizar o controle de problemas de saúde, também observacional de desenho transversal, dessa forma, não se intervém na pesquisa ou resultados e utiliza-se amostras aleatórias e representativas da população de estudo, independentemente da existência da exposição e do desfecho, permitindo estimar a prevalência de doenças (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; FREIRE; PATTUSSI, 2018).

Assim, o presente projeto possui abordagem descritiva limitando-se a descrever a ocorrência de agravos ou eventos e utilizando variáveis de dados secundários com objetivo de responder à quando, onde e quem chegou a adoecer para detecção de grupos de alto risco com finalidade preventiva e para gerar possíveis hipóteses de origem e futuras investigações, pressupondo que as doenças humanas não acontecem ao acaso, mas possuem determinantes que podem ser investigados (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; DE PAULA, 2019).

Dessa forma, é de delineamento retrospectivo, que se refere à relação de tempo entre o início do estudo e a ocorrência do evento estudado, e ecológico onde é possível correlacionar as variáveis ao período de ocorrência e exposição aos indivíduos, e com abordagem quantitativa, portanto, representando esses dados de forma numérica e interpretando-os por meio de técnicas matemáticas (FREIRE; PATTUSSI, 2018; PEREIRA *et al.*, 2018).

### 3.3 ÁREA DE ESTUDO

A área de estudo está localizada no município de Tucuruí-PA, com população estimada em 116.605 habitantes em 2021, a faixa etária populacional é 12,5% de 0 a 5 anos, 19,6% de 06 a 14 anos, e 21,5% de 15 a 24 anos. Assim, possui 10,1% (11.536) da população trabalhando formalmente e recebendo uma média salarial de até 2 salários mínimos e PIB per capita em 2018 de 66.715,00 com destaque para atividades econômicas de produção e distribuição de energia elétrica e água, comércio, atividades imobiliárias, agricultura e construção civil. Em relação à educação, em 2010 9,44% da população com 15 anos ou mais era descrita como analfabeta. No que diz respeito à taxa de mortalidade infantil em 2017 era de 14,52% para nascidos vivos e de 16,08% para óbitos em menores de 05 anos. Sobre a saúde, em 2018 74,92% da população possuía cobertura por equipes de Estratégia de Saúde da Família (IBGE, 2021; FAPESPA, 2020).

### 3.4 POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA

A população de estudo foi representada pela população de 05 a 29 anos pertencentes ao município de Tucuruí-PA no período de janeiro 2011 a setembro de 2021, segundo as informações disponibilizadas pela Vigilância em Saúde no departamento de Vigilância Epidemiológica por meio dos dados da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de notificação (SINAN) (ANEXO A) e da Ficha de Declaração de Óbitos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (ANEXO B), solicitados através de ofício (APÊNDICE B) de número 021/2021 disponibilizado pela FATEFIG.

### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Registro de informações sobre óbitos em população de 10 a 29 anos pertencentes ao município de Tucuruí-PA no período de 2011 a setembro de 2021;
- Registro de informações sobre atendimentos da equipe de saúde à população de 10 a 29 anos pertencentes ao município supracitado relacionadas ao suicídio no período de 2011 a setembro de 2021;
- Foram excluídos registros de informações sobre óbitos em população de 10 a 29 anos pertencentes ao município de Tucuruí-PA que não estejam relacionados a suicídio como causa do óbito.

### 3.6 FONTE DE INFORMAÇÕES

Primeiramente, realizou-se a busca de informações referentes ao tema em bancos de dados científicos, de domínio público, como LILACS, SCIELO e Google Acadêmico, para viabilização do estudo e aporte teórico.

Em seguida, os dados foram obtidos por meio dos registros de casos notificados de suicídio na Vigilância em Saúde no departamento de Vigilância Epidemiológica por meio de duas fichas: Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN (ANEXO A) e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM (ANEXO B) referente a abrangência da base local do município de Tucuruí-PA para contemplar as informações de interesse para este estudo.

O perfil traçado abrange 6 variáveis da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN (ANEXO A) no que diz respeito aos campos: 9; 10; 12; 15; 29; 41; e 6 variáveis concernentes aos campos: 9; 10; 11; 12; 20; 21 da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM (ANEXO B).

Estas variáveis se referem aos aspectos sociais que abordam dados pessoais dos indivíduos que cometeram suicídio, bem como dados das notificações que tratam de informações sobre as circunstâncias do ocorrido, e dados dos óbitos que abordam as classificações do CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) que é um instrumento importante para sistematizar informações sinais, sintomas, anormalidades e outras circunstâncias referentes às doenças.

Quadro 1 - Categorização das variáveis e sua classificação

<b>1- ASPECTOS SOCIAIS:</b>			
<b>VARIÁVEL</b>	<b>DEFINIÇÃO OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIÁVEL</b>	<b>FONTE</b>
Idade	10 – 14 anos 15 – 19 anos 15 – 29 anos	Ordinal	SINAN / SIM
Cor/Raça	Branca Preta Parda	Nominal	
Sexo	Masculino Feminino	Nominal	

Situação Conjugal	Solteiro Casado Viúvo Separado	Nominal	
<b>2- DADOS DA NOTIFICAÇÃO:</b>			
<b>VARIÁVEL</b>	<b>DEFINIÇÃO OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIÁVEL</b>	<b>FONTE</b>
Data Notificação	2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021	Ordinal	SINAN / SIM
Local de Ocorrência do Óbito	Hospital Outro estabelecimento de Saúde Domicílio Via Pública Outros	Nominal	SINAN / SIM
<b>3- VARIÁVEIS REFERENTES A ÓBITOS:</b>			
<b>VARIÁVEL</b>	<b>DEFINIÇÃO OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIÁVEL</b>	<b>FONTE</b>
Meio de Agressão segundo CID – 10	X65 Autointoxicação voluntaria por álcool;  X69 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas;	Nominal	SIM

	<p>X70 Lesão autoprov. intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocamento;</p> <p>X71 Lesão autoprov. intencionalmente por afogamento e submersão;</p> <p>X72 Lesão autoprov. intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão;</p> <p>X74 Lesão autoprov. intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;</p> <p>X78 Lesão autoprov. intencionalmente por objeto cortante ou penetrante;</p> <p>X79 Lesão autoprov. intencionalmente por objeto contundente;</p> <p>X80 Lesão autoprov. intencionalmente por precipitação de um lugar elevado;</p>		
--	---	--	--

	<p>X81 Lesão autoprov. intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento;</p> <p>X84 Lesão autoprov. intencionalmente por meios não especificados.</p>		
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e Ficha de Declaração de Óbitos do SIM.

### 3.7 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados, executou-se a análise estatística de forma descritiva simples. Nessa etapa, os dados tabulados foram inicialmente organizados sistematicamente, pois tratam-se de aspectos das ocorrências dos casos de suicídio na infância e adolescência no município de Tucuruí-PA de 2011 a setembro de 2021, os quais foram organizados em planilhas eletrônicas, gráficos e tabelas com auxílio do *Microsoft Office Word 2019* e *Microsoft Office Excel 2019*.

### 3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa epidemiológica tem se expandido, especialmente nos últimos anos, mantendo sua inserção na saúde coletiva e contribuindo para a formulação e o monitoramento de políticas públicas mais adequadas conforme as necessidades de saúde da população (AQUINO, 2008).

Assim, os prováveis riscos no desenvolvimento do presente estudo são de gradação mínima, dado que não houve contato direto com participantes durante a coleta de dados, dentre eles estão os riscos de origem emocional e de danos sociais para familiares ou comunidade de desenvolvimento eventuais, imediatos ou tardios, mais especificamente: estigmatização, devido divulgação de informações locais e/ou culturais; quebra de sigilo ou anonimato; autoestima ou comportamento alterados pelo gatilho de lembranças, e/ou sentimentos, dito isso, respeitou-se

os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos que envolvem a população local e a comunidade acadêmica (BRASIL, 2016).

Para tanto, segundo as normas defendidas por Brasil (2016), houve anteparo de sigilo e privacidade de informações pessoais, da integridade e não violação de documentos acessados através da organização das informações em caráter numérico.

Desse modo, o presente estudo trouxe grandes benefícios por traçar um perfil de risco sobre a população indicada na literatura com vulnerabilidade para a tentativa ou consumação do ato suicida, bem como, os principais fatores relacionados às características intrínsecas à localidade, onde será possível implementar intervenções mais focadas e eficientes que trarão resultados positivos no combate ao suicídio, interferindo diretamente nos índices atuais, além disso, foi benéfico para a Secretaria Municipal de Saúde e para a população local através da evidência lançada sobre estas informações podendo despertar a atenção de familiares, amigos, acadêmicos e profissionais da área da saúde bem como de outros envolvidos nas diferentes esferas de atenção que possam intervir, acolher ou amparar jovens e crianças que estejam em risco para tentativa ou consumação do autoextermínio.

Em fim, o perfil analisado será fornecido ao setor que forneceu os dados de modo a planejarem ações de combate ao suicídio nessa faixa etária no futuro.

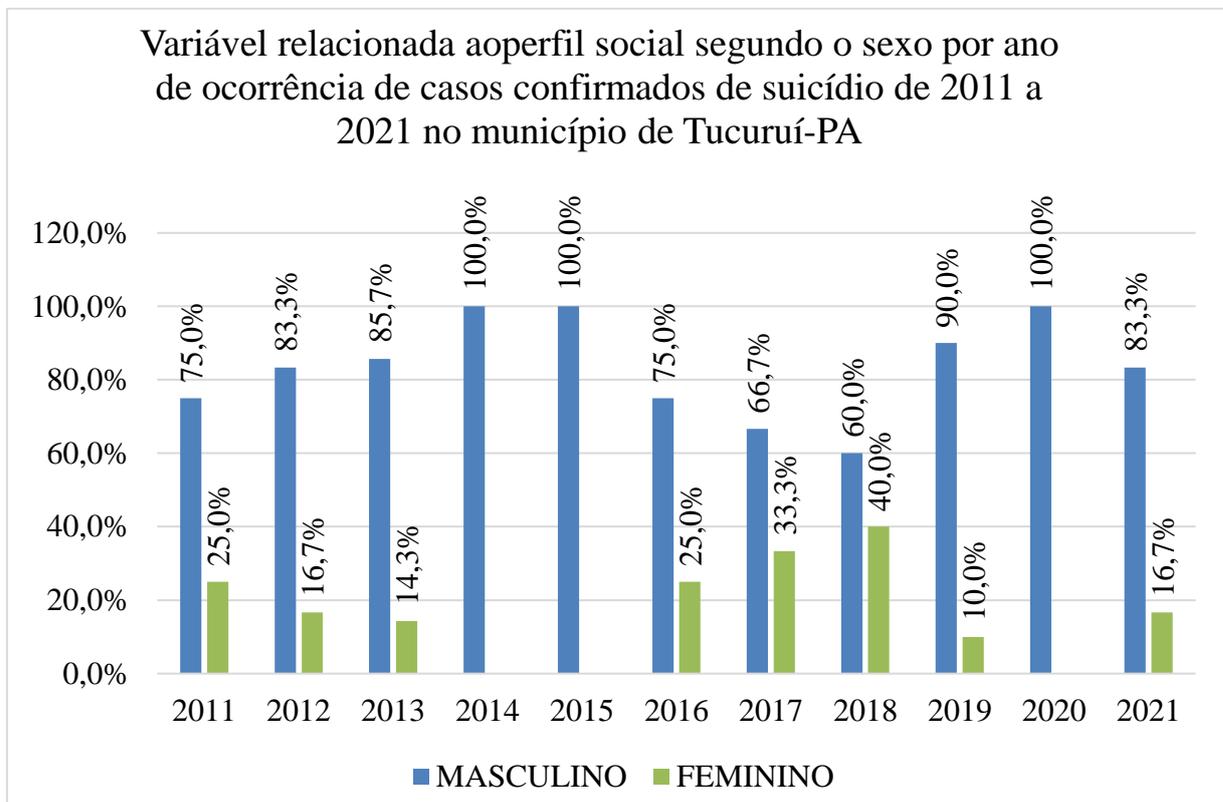
## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após todo o procedimento metodológico, os dados recebidos confirmaram 52 ocorrências de mortes suicidas na faixa etária de 10 a 29 anos no município de Tucuruí-PA nos últimos 10 anos, dentre as quais 03 foram de casos importados de cidades vizinhas, segundo os dados cruzados entre as fichas de notificações do SIM e SINAN, e portanto, essas não serão contabilizadas neste estudo.

A seguir, os dados selecionados dessas fichas serão apresentados de acordo o agrupamento classificatório apresentado na descrição da amostra (tópico 3.6 da metodologia), sendo estes, primeiro: aspectos sociais, onde serão apresentadas informações referentes à idade, sexo, cor/raça, situação conjugal; segundo: dados da notificação, em que serão apresentados os elementos concernentes à data de notificação, local de ocorrência do óbito, e terceiro: variáveis referentes ao óbito, ilustrando os aspectos alusivos ao meio de autoagressão segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

### 4.1 ASPECTOS SOCIAIS

Gráfico 1 – Perfil social segundo o sexo por ano de ocorrência de casos confirmados de suicídio de 2011 a 2021 no município de Tucuruí-PA



Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

Após análise dos dados obtidos e tabulados, foi possível verificar a frequência de óbitos por suicídio durante o período estimado segundo o sexo. Assim, de acordo com o gráfico, no ano de 2011, 3 pessoas do sexo masculino e 1 do sexo feminino cometeram o ato, com um total de 4 óbitos ao ano; no ano de 2012, 5 pessoas do sexo masculino e 1 do sexo feminino cometeram o ato, com um total de 6 óbitos ao ano; no ano de 2013, 6 pessoas do sexo masculino e 1 do sexo feminino cometeram o ato, com um total de 7 óbitos ao ano; no ano de 2014, registrou-se apenas 1 óbito do sexo masculino e no ano de 2015, registrou-se 3 óbitos sendo somente do sexo masculino.

No ano de 2016, 3 pessoas do sexo masculino e 1 pessoa do sexo feminino cometeram o ato, com um total de 4 óbitos ao ano; no ano de 2017, 2 pessoas do sexo masculino e 1 pessoa do sexo feminino cometeram o ato, com um total de 3 óbitos ao ano; no ano de 2018, 3 pessoas do sexo masculino e 2 pessoas do sexo feminino cometeram o ato, com um total de 5 óbitos ao ano; no ano de 2019, 9 pessoas do sexo masculino e 1 do sexo feminino cometeram o ato, com um total de 10 óbitos ao ano; no ano de 2020, registrou-se 3 óbitos somente do sexo masculino e no ano de 2021, 5 pessoas do sexo masculino e 1 do sexo feminino cometeram o ato, com um total de 6 óbitos registrados ao ano até o momento.

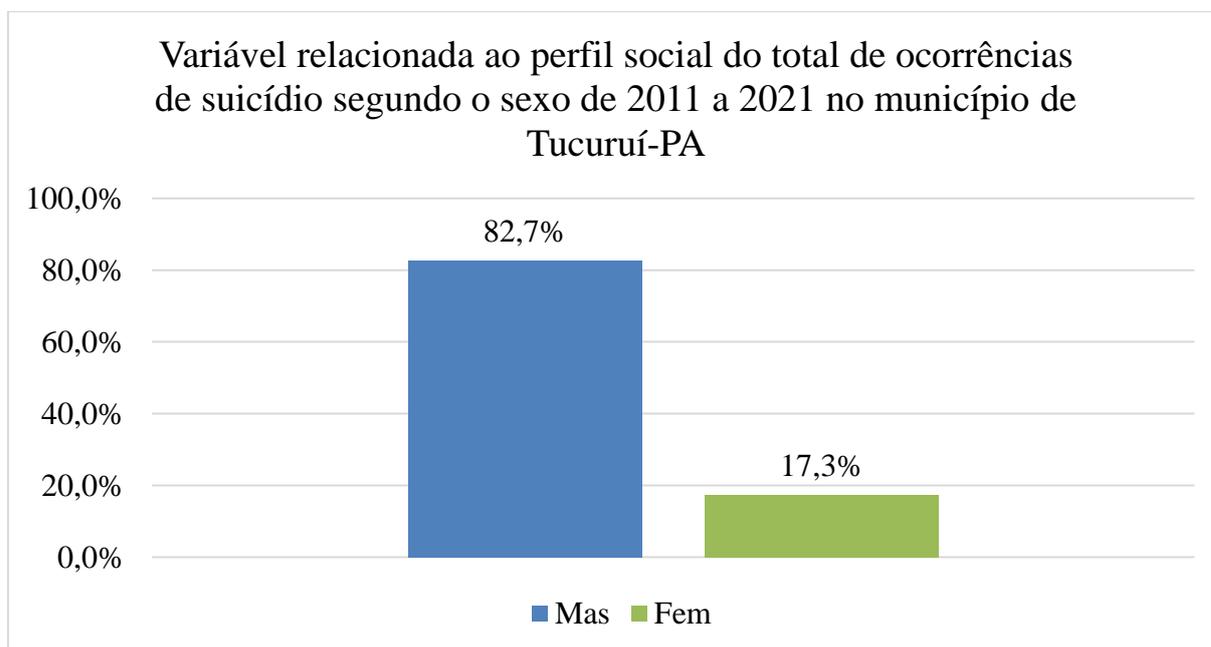
Dessa forma, as informações obtidas segundo o sexo no município estudado, corroboram com o estudo de Baére e Zanello (2021), onde se destaca que no Brasil o número de óbitos por suicídio entre homens é quase quatro vezes superior ao das mulheres. Os autores ainda alegam que no período de 2011 a 2016, de acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, houve 62.804 mortes por autoextermínio no país, onde homens apresentaram um percentual de 79% desses casos, enquanto mulheres 21%. Os mesmos autores ainda ressaltam que esses valores se estendem a nível mundial, e não restritamente ao Brasil.

Brasil (2017) aponta que o sexo feminino apresenta características diferentes daquelas observadas entre os homens. A taxa de mortalidade por suicídio apresenta um nível mais baixo, sendo a maior taxa observada entre mulheres adultas (40 a 59 anos). Em contra partida, Marquetti *et al.*, (2017) referem que as mulheres não desejam se matar com a mesma frequência e intensidade quando comparadas aos homens, porém o percentual de tentativas de suicídio é maior. As autoras explicam que, de acordo com a psicologia, isso ocorre devido a feminilidades, podendo estar relacionado com variações hormonais, impulsividade e emotividade excessiva. Porém, deixam claro, que outras questões podem explicar esses dados epidemiológicos.

Silva e Motta (2017), compartilham o mesmo pensamento sobre a tentativa de suicídio ser maior entre mulheres, e explicam que o índice elevado de suicídio consumado entre homens ocorre devido à dificuldade para procurar e aceitar ajuda, mesmo quando se encontram em uma série de problemas emocionais ou psicológicos. Também destacam que a cultura responsabiliza o homem quanto ao sustento familiar, dessa maneira, quando se encontram em crise financeira, podem abalar-se extremamente. Assim, ainda segundo as autoras, questões financeiras podem ser mais complexas para os homens lidarem, tornando-se fator estressante que pode influenciar na conduta suicida.

Portanto, considerando as informações acima, foi possível observar que a frequência de óbitos por suicídio no município de Tucuruí- PA no sexo masculino apresenta um índice mais elevado se comparado ao sexo feminino, sendo que no período de 2011 a 2021 82,7% dos casos de suicídio foram cometidos por homens, e 17,3% foram cometidos por mulheres.

Gráfico 2 – Perfil social do total de ocorrências de suicídio segundo o sexo de 2011 a 2021 no município de Tucuruí-PA



Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

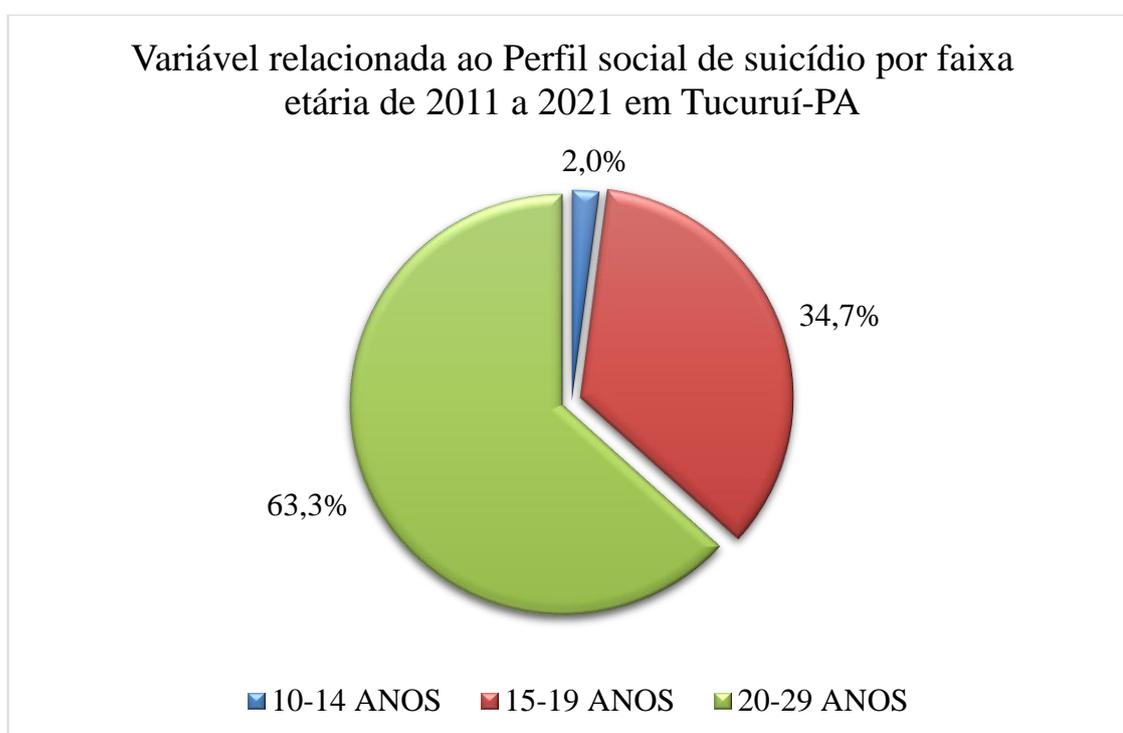
O gráfico acima evidencia que a incidência no município é predominantemente masculina com 43 ocorrências expressadas por 82,7% do total. Assim, sabe-se que os homens têm uma expectativa de vida menor que as mulheres devido a circunstâncias multifatoriais que

vão desde o comportamento, estilo de vida, violência e outros fatores externos, logo, conforme identificado pelo estudo, é possível somar o suicídio dentre essas causas.

Dito isso, outros fatores como as mudanças sociais do fenômeno do suicídio sendo influenciadas ao longo dos anos pelo surgimento de desafios e brincadeiras violentas que rapidamente se espalham entre os jovens, especialmente entre os de gênero masculino que são mais suscetíveis ao comportamento violento, a baixa qualidade da educação, visto que o conhecimento exerce uma grande influência na qualidade de vida e transforma a percepção individual podendo influenciar drasticamente na tomada de decisões.

Da mesma forma o desemprego é um importante fator a ser considerado, pois está associado às condições econômicas do indivíduo ou família, devido a isso, muitos jovens optam por começar a trabalhar ainda por volta dos 15 anos, mesmo que de maneira informal, para ajudar os familiares ou até mesmo para custearem despesas pessoais importantes como as relacionadas às interações sociais e estudos. Dito isso, a falta de oportunidades, acentuada nos últimos anos no mercado de trabalho brasileiro, se torna um importante fator a ser considerado ao analisar as ocorrências de suicídio nessa população e, da mesma forma, para traçar estratégias de prevenção e controle, sobretudo nas regiões onde os índices de vulnerabilidade são mais alarmantes.

Gráfico 3 – Perfil social de suicídio por faixa etária de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA



Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

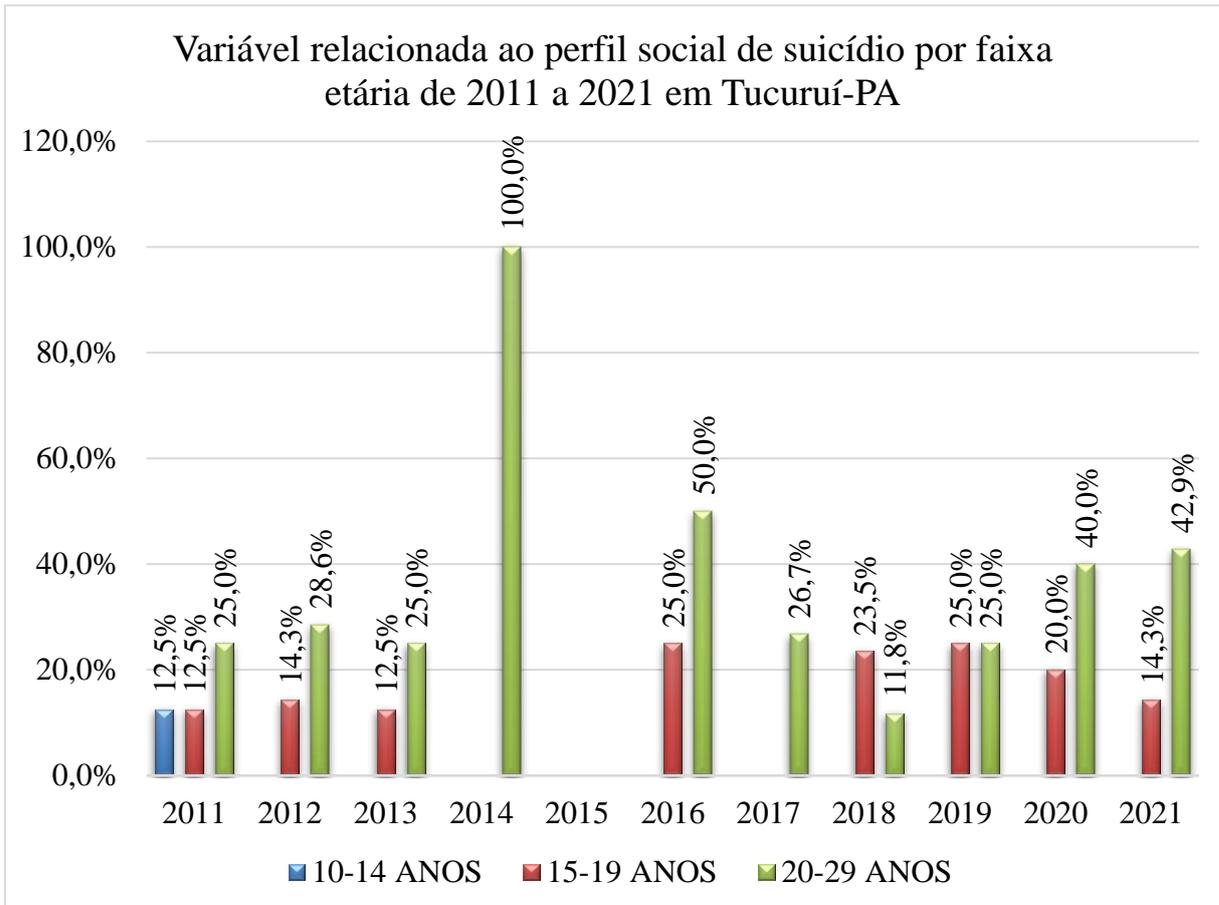
Conforme os dados tabulados, a faixa etária que mais consumou o ato suicida nesse período foi de jovens entre 20 e 29 anos com 31 ocorrências (63,3%), seguida pela faixa etária de 15 a 19 anos com 17 (34,7%) casos registrados e por último de 10 a 14 anos com apenas 01 caso notificado (2%). Logo, esses dados evidenciaram a faixa etária mais propensa a consumir o autoextermínio.

Essas informações estão de acordo com os dados de Brasil (2017), onde se explica que o suicídio, entre jovens de 15 a 29 anos, representa a segunda principal causa de morte em todo o mundo. Além disso, o mesmo estudo ainda destaca que de acordo com dados do SINAN, as notificações de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio apresentam um índice elevado entre mulheres nas faixas etárias da adolescência (10-19 anos) e adultos jovens (20-39 anos).

À vista disso, Brasil (2021) aponta os mesmos resultados quanto à prevalência de suicídio segundo faixa etária. Entretanto, é relatado que durante a análise da evolução das taxas de mortalidade dentro das faixas etárias quanto ao suicídio, observaram que houve um aumento da incidência dos casos em todos os grupos etários. Todavia, esse aumento é mais perceptível entre adolescentes apresentando um percentual de 81% no período estudado. Em relação aos demais grupos etários, o mesmo estudo observou um aumento de 113% de mortes por suicídio em menores de 14 anos no período de 2010 a 2013.

Quanto os casos de suicídio segundo a faixa etária entre as regiões brasileiras, a Região Sul, Norte e Centro Oeste se destacaram com as maiores taxas de mortalidade de adolescentes de 15 a 19 anos. Além disso, também foram as regiões com maior percentual de suicídio entre 2010 e 2019, dentre elas, a Região Norte chama atenção com maior risco de morte por suicídio dentro desse mesmo grupo etário (BRASIL, 2021).

Gráfico 4 – Perfil social de suicídio por faixa etária de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA



Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

Seguindo com a faixa etária, por ano de ocorrência de jovens entre 10 e 29 anos foram tabulados 04 episódios que representaram 50% dos casos registrados em 2011, em 2012 03 jovens entre 15 e 29 anos representaram 42,9% das ocorrências, o ano de 2013 apresentou 03 acontecimentos com um percentual de 37,5%, já em 2014 foi registrado apenas 01 caso entre a faixa etária de 20 a 29 anos representando 100% das ocorrências, o que sugere uma evidência de subnotificação desses dados naquele ano, seguido pelo ano de 2015 que não apresentou incidências em idades mais avançadas, o ano de 2016 sucedeu com um montante de 03 casos entre a população juvenil que resultou em 75% dos fatos naquele ano.

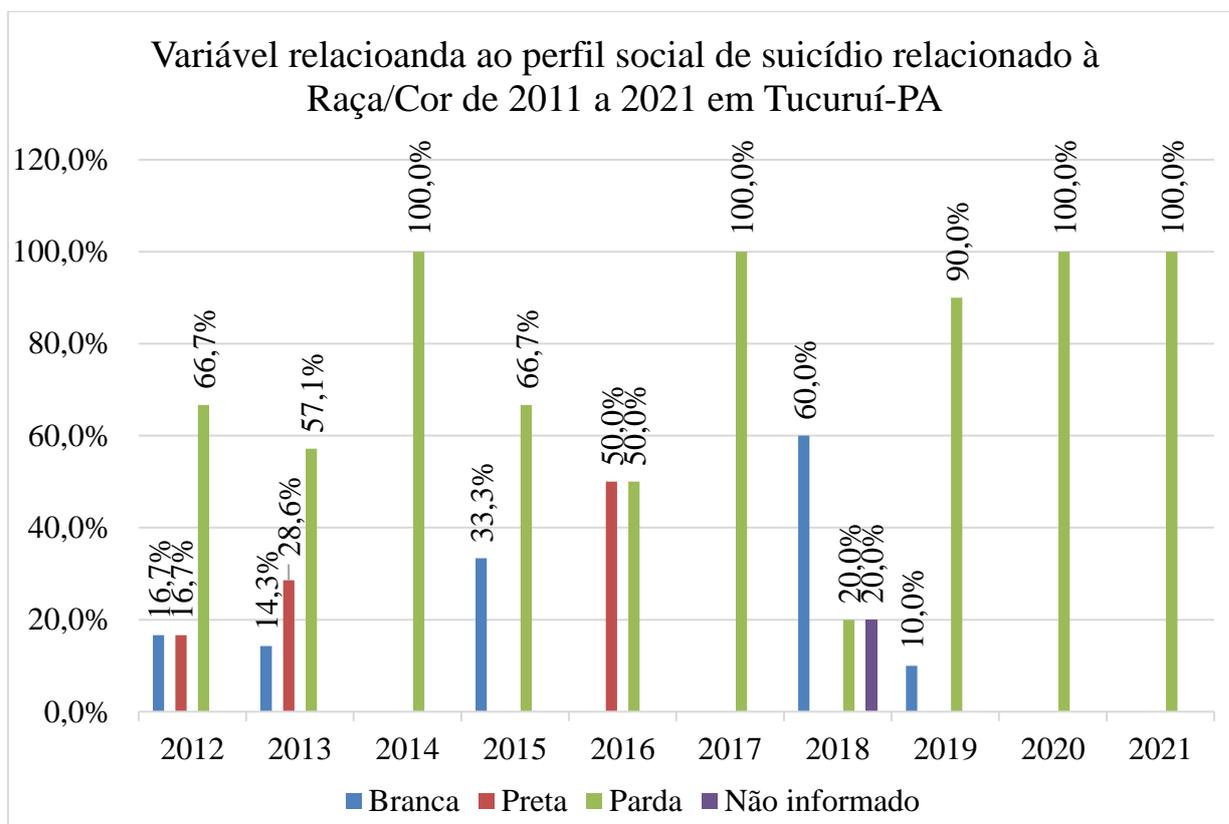
Como em 2014, em 2015 houve registros apenas na camada do tecido social jovem-adulto, com 04 evidências de mortes suicidas representando 26,7% das ocorrências, em 2018, os casos tiveram um aumento discreto, foram 06 ocorrências entre a camada do tecido social objeto desse estudo, representados por 35,3% dos registros totais. Em 2019 mais uma vez houve um aumento, 08 fatos que refletem 50% das fatalidades. Dito isso, o ano de 2020 bateu o recorde de incidência com 09 eventos confirmados, que simbolizam 60% dos dados documentados, vale

ressaltar que foi o ano em que a pandemia de Covid-19 esteve mais intensa e provocou numerosas transformações sociais, o isolamento e distanciamento do coletivo estiveram no auge e isso sugere ter sido um fator determinante ou influente ao suicídio.

Isso posto, os dados recebidos continham informações contabilizadas até o mês de setembro de 2021, até esse ano houve um total de 08 ocorrências contabilizadas, essa informação é sugestiva da influência das mudanças sociais provocadas pela pandemia, visto que esse número ainda pode crescer e superar o ano de 2020 em quantidade de autoextermínio.

Os poucos estudos disponíveis sobre a temática mostram que a incidência de autoextermínio na infância e adolescência é inferior quando comparada às idades acima de 30 anos, Waiselfisz observou em 2014 que apesar de essa faixa etária ser pouco estudada, já é possível notar uma curva de crescimento na incidência desde as últimas décadas e fez a OMS recomendar o desenvolvimento de estratégias que envolvessem especialmente a interação das escolas com familiares de modo a traçar medidas de combate a essa situação.

Gráfico 5 – Perfil social de suicídio relacionado à Raça/Cor de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA



Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

Quanto à raça/cor mais prevalente, evidenciou-se indivíduos pardos com predominância dos fatos, seguidos por brancos e por último negros. Assim, destacaram-se os anos de 2014, 2020 e 2021 onde se têm registros apenas de pessoas pardas que cometeram suicídio. Em 2018 houve um caso em que a raça ou cor do cidadão não foi informada.

Esse achado é corroborado pelo estudo de Da Silva *et al.*, (2021) que, ao investigarem as ocorrências de violência autoprovocada no nordeste do Brasil, de 2015 a 2018, evidenciaram que os pardos apresentaram 51,37% mais registros que as demais, o autor ainda diz que a raça pode não ter relação direta à predisposição de violência autoprovocada, mas que esse achado pode ter relação às questões de desigualdades sociais. Tavares *et al.*, (2020) em seu estudo, identificou falta de registro em 40% dos fatos referentes a essa variável, e Romero e Cunha (2006), relatam que achados como esse, especialmente para esse parâmetro, ilustra a fragilidade nas fontes de informações e impedem um esboço adequado do perfil epidemiológico.

Machado e Santos (2015), discordam desses achados, evidenciando em seu estudo que nas DO do SIM e nos dados do Datasus entre 2000 e 2012 a mortalidade por suicídio se manteve em primeiro lugar entre indígenas com uma taxa de 8,6/100.000 hab. em 2000 e 14,4/100.000 hab. em 2012 representando um crescimento de 68,7%, houve ainda diversas oscilações entre as demais raças/cores e, após os indígenas, em 2012 os brancos ocuparam o segundo lugar ilustrando um aumento de 22,0%, os autores ainda denunciam um crescimento de 37,2% na região norte nas taxas de óbitos suicidas no mesmo recorte temporal.

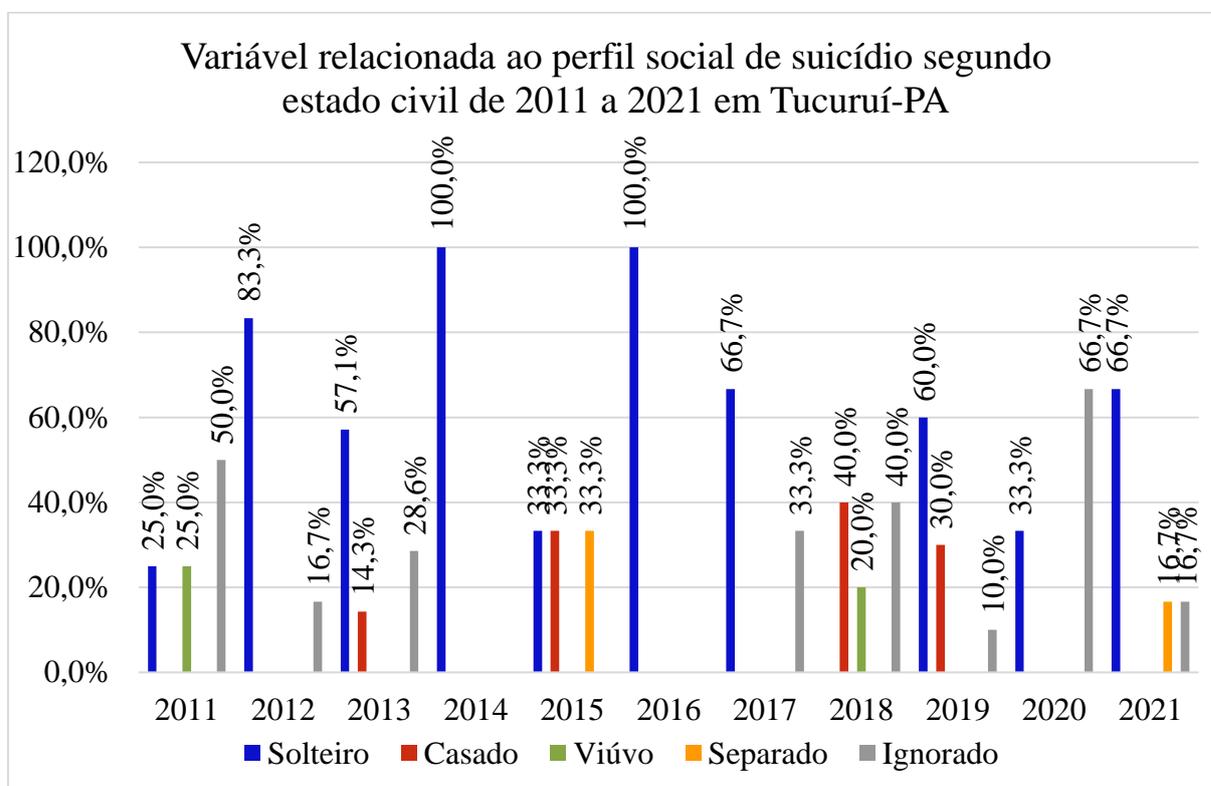
Brasil (2017) também concorda que brancos cometem mais autoextermínio e chega a demonstrar em seu boletim epidemiológico que uma proporção de 2,7/100.000 hab. das mulheres brancas no período de 2011 a 2015 se suicidaram, em contra partida o autor enumera pardas e pretas na mesma categoria e juntas somam 1,9/100.000 hab. dos casos. Entre os homens não foi diferente, 9,5/100.000 hab. eram brancos e 7,6/100.000 hab. estavam na categoria negros, que considera pardos e pretos, e indígenas também ocupam a primeira posição nos óbitos com 23,1/100.000 hab. no sexo masculino e 7,7/100.000 hab. no sexo feminino.

Batista, Araújo e Figueiredo (2016), mostram que no estado paraense 85,2% dos suicídios no período de 2010 a 2013 foi da população parda, no município de Marabá-PA de 2015 a 2019, segundo De Carvalho, Guimarães, Lima e Barbosa (2020), a maior taxa também foi entre a população parda, o autor ainda justifica que esse achado pode ser explicado por 69% dos marabaenses serem pardos naquela época (IBGE, 2010).

Essas discrepâncias podem ser esclarecidas devido às variedades regionais, visto que o país possui proporções continentais sendo composto de intensas miscigenações, o que favorece as divergências culturais de região para região tanto em esferas estaduais quanto em

microrregiões no interior desses estados, dessa forma pode-se inferir que essa situação pode provocar oscilações nos dados em âmbito nacional.

Gráfico 6 – Perfil social de suicídio segundo estado civil de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA



Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

Após análise dos dados obtidos e tabulados, foi possível verificar a frequência de óbitos por suicídio durante o período estimado segundo o estado civil de cada indivíduo. Assim, de acordo com o gráfico, no ano de 2011, cometeram o ato 1 pessoa solteira, 1 pessoa viúva e 2 pessoas com estado civil ignorado; no ano de 2012, cometeram o ato 5 pessoas solteiras e 1 pessoa com estado civil ignorado; no ano de 2013, cometeram o ato 4 pessoas solteiras, 1 pessoa casada, e 2 pessoas com estado civil ignorado e no ano de 2014, registrou-se que somente uma pessoa solteira cometeu o ato.

No ano de 2015, cometeram o ato 1 pessoa solteira, 1 pessoa casada e 1 pessoa divorciada; no ano de 2016, registrou-se que 4 pessoas somente solteiras cometeram o ato; no ano de 2017, cometeram o ato 2 pessoas solteiras e 1 pessoa com estado civil ignorado; no ano de 2018, cometeram o ato, 2 pessoas casadas, 1 pessoa viúva, e 2 pessoas com estado civil ignorado; no ano de 2019, cometeram o ato 6 pessoas solteiras, 3 pessoas casadas e 1 pessoa com estado civil ignorado; no ano de 2020, cometeram o ato 1 pessoa solteira e 2 pessoas com

estado civil ignorado e no ano de 2021, registrou-se até o momento que cometeram o ato 4 pessoas solteiras, 1 pessoa divorciada e 1 pessoa com estado civil ignorado.

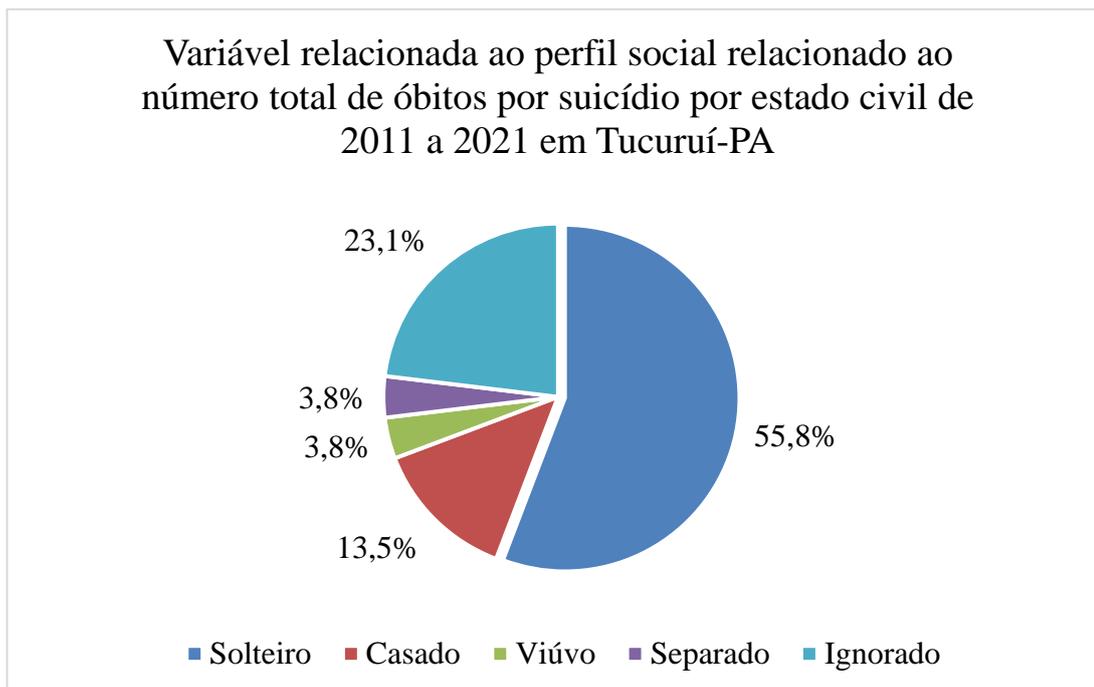
Dessa forma, foi possível observar que pessoas solteiras apresentam o índice maior como vítimas do suicídio no município de Tucuruí-PA, sendo que no período de 2011 a 2021 55,8% são casos de suicídio cometidos por pessoas solteiras; 13,5% são casos cometidos por pessoas casadas; 3,8% são casos cometidos por pessoas viúvas; 3,8% são casos cometidos por pessoas divorciadas e 23,1% são casos cometidos por pessoas com estado civil ignorado.

Essas informações corroboram em parte com os estudos de Sehnem e Palosqui (2014), onde relatam que o suicídio se encontra com mais frequência em indivíduos isolados socialmente. As mesmas explicam que na sociedade aqueles que não estão integrados em nenhum grupo social, sem integração familiar, por exemplo, se tornam mais vulneráveis. Dessa forma, ressaltam, que pessoas casadas e casais com filhos são menos susceptíveis a cometer o ato.

Esses achados são semelhantes com o estudo de Silva e Motta (2017), onde abordam que ter filhos e responsabilidades para com a família, de modo a se sentir bem em convívio social, são vistos como fatores protetivos relevantes contra o suicídio. Nesse sentido, relações afetivas podem diminuir significativamente o risco de suicídio, principalmente em idosos, uma vez que, a maioria de acordo com os autores, não possuem suporte social e familiar adequado.

Por outro lado, de acordo com os estudos de Vidal *et al.*, (2013), é deixado claro que a literatura aponta um risco mais elevado de suicídio entre solteiros, viúvos e pessoas separadas, entretanto, no seu estudo, observou-se mais mortes entre os casados. Os autores explicam que esse percentual pode ser apenas um reflexo de um determinado período associado a situações de crise econômica e desemprego, o que pode gerar problemas no relacionamento familiar e sintomas depressivos.

Gráfico 7 – Perfil social relacionado ao número total de óbitos por suicídio por estado civil de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA

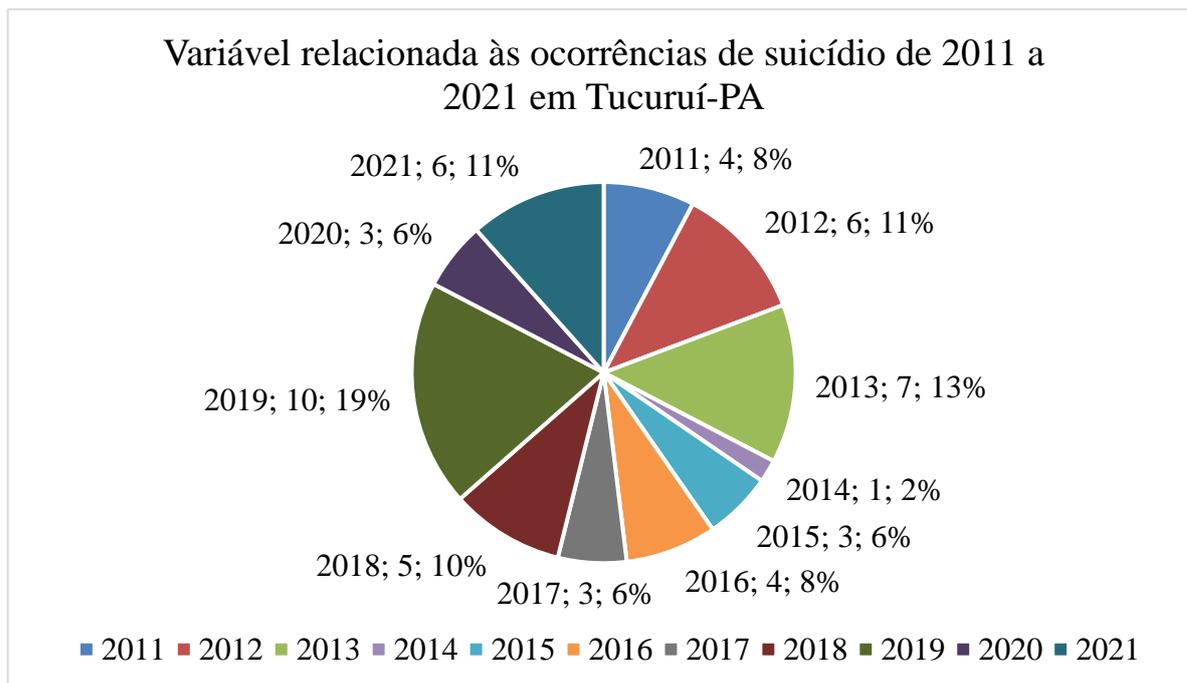


Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

Assim, o gráfico acima foi produzido para facilitar a visualização dos achados e reforçar os argumentos apresentados, portanto pessoas solteiras apresentaram maior incidência nos números suicidas com 29 (55,8%) dos casos informados, seguido por indivíduos casados com 07 (13,5%) dos fatos, viúvos e separados tiveram 2 das ocorrências cada, e ambos representam 3,8% do montante individualmente, infelizmente essa informação foi ignorada em 12 (23,1%) dos acontecimentos notificados.

#### 4.2 DADOS DE NOTIFICAÇÃO

Gráfico 8 – Ocorrência dos casos de suicídio de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA



Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

Conforme os dados recebidos, no período de 2011 a 2021 houve um total de 49 (100%) dos casos de suicídio do município na faixa etária entre 10 e 29 anos, somados a 3 ocorrências entre esse intervalo de idade importadas de outros municípios e que não foram contabilizados neste estudo. Assim, dividindo por ano 2011 representa 8% do montante, 2012 abarca 11% em fatia, 2013 ficou com 13% do total, 2014 representa apenas 2% dos acontecimentos, 2015 6% das notificações, 2016 também com 8%, 2017 exprime 6%, 2018 10%, 2019 19% das ocorrências, 2020 6% dos registros e 2021 mesmo sem ter chegado ao fim compreende 11% das ocorrências em todo esse período.

Dessa forma, a Associação Brasileira de Psiquiatria estimou em 2014 que para o ano de 2020 haveria um crescimento de 50% na incidência de mortes suicidas anuais em todo o mundo (ABP, 2014). Logo, os achados do presente estudo não correspondem à estimativa para 2020, o que pode sugerir uma falha na captação de dados, porém houve um reflexo, dessa previsão, observado na crescente em 2019 e em 2021. Botega (2014), identificou um aumento de 30% desses acontecimentos em jovens entre 2000 e 2012. Assim, é necessário estarmos atentos para essas eventualidades no futuro, registrando fatos e traçando medidas eficazes de combate à morte autoprovocada.

Para a região norte do país, Brasil (2019) relatou um crescimento de 142,9% entre 2007 e 2016. Batista, Araújo e Figueiredo (2016) descrevem que a região norte apresentou um aumento de 77,7% de 1980 a 2012, o mesmo autor ainda expõe que o estado do Pará é o segundo

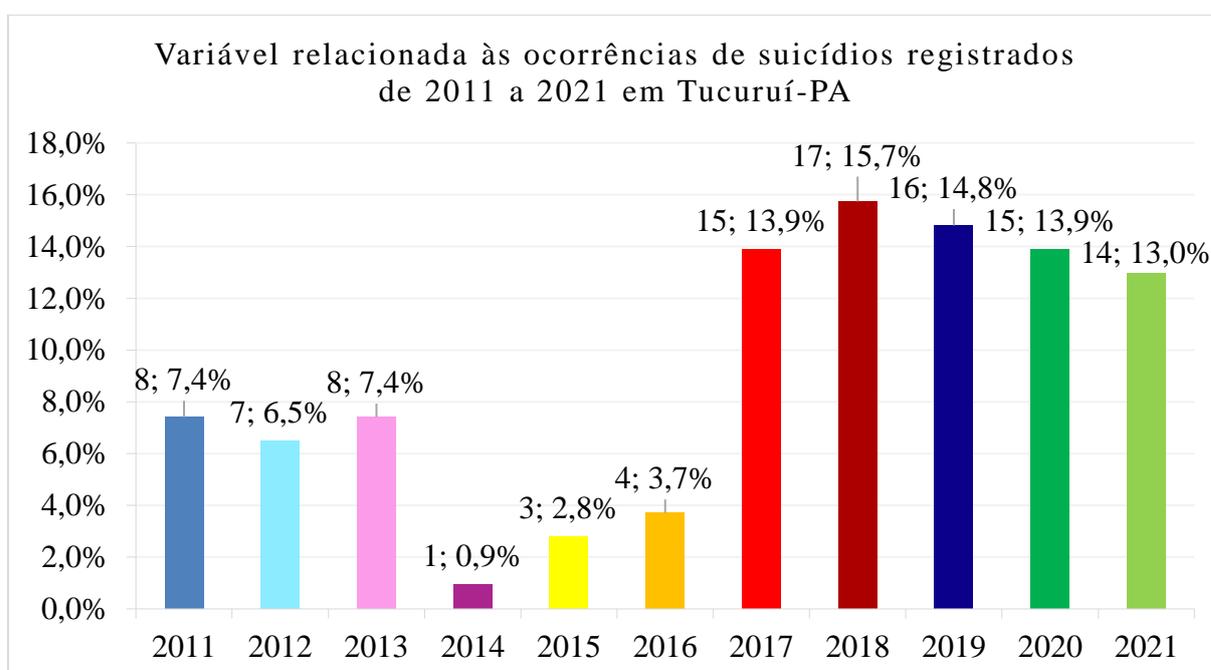
(atrás apenas do estado do Amazonas) da região norte com maior incidência de suicídio na infância e adolescência com faixa etária de 05 a 19 anos onde apresentou que entre 2010 e 2013 houve um crescimento de 31,6% dos casos, em comparação nacional o estado enunciou uma expansão três vezes maior em suicídio de jovens que as demais instâncias nacionais.

De Carvalho, Guimarães, Lima e Barbosa (2020) realizaram um estudo epidemiológico no município de Marabá-PA entre 2015 e 2019 e evidenciaram que o ano de 2017 foi o de maior incidência no período com 22,8% de 57 ocorrências e que nos anos de 2018 e 2019 houve uma tendência de estagnação dos casos, o que discorda dos nossos achados, visto que de 2017 para 2019 em Tucuruí-PA houve tendência de aumento dos fatos.

O baixo percentual de notificações em 2020 pode ser explicado pela repentina mudança provocada pela pandemia de covid-19 que exigiu uma adaptação forçada com maior atenção e concentração de esforços em todos os cenários.

Portanto, os dados apresentados no próximo gráfico foram recebidos junto às informações solicitadas e são referentes à incidência de suicídio total em diversas faixas etárias no município e importados de cidades vizinhas. Assim, serão apresentados apenas para demonstrar o crescimento estatístico ao longo do recorte temporal selecionado para investigação deste estudo.

Gráfico 9 - Ocorrência suicídios registrados de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA

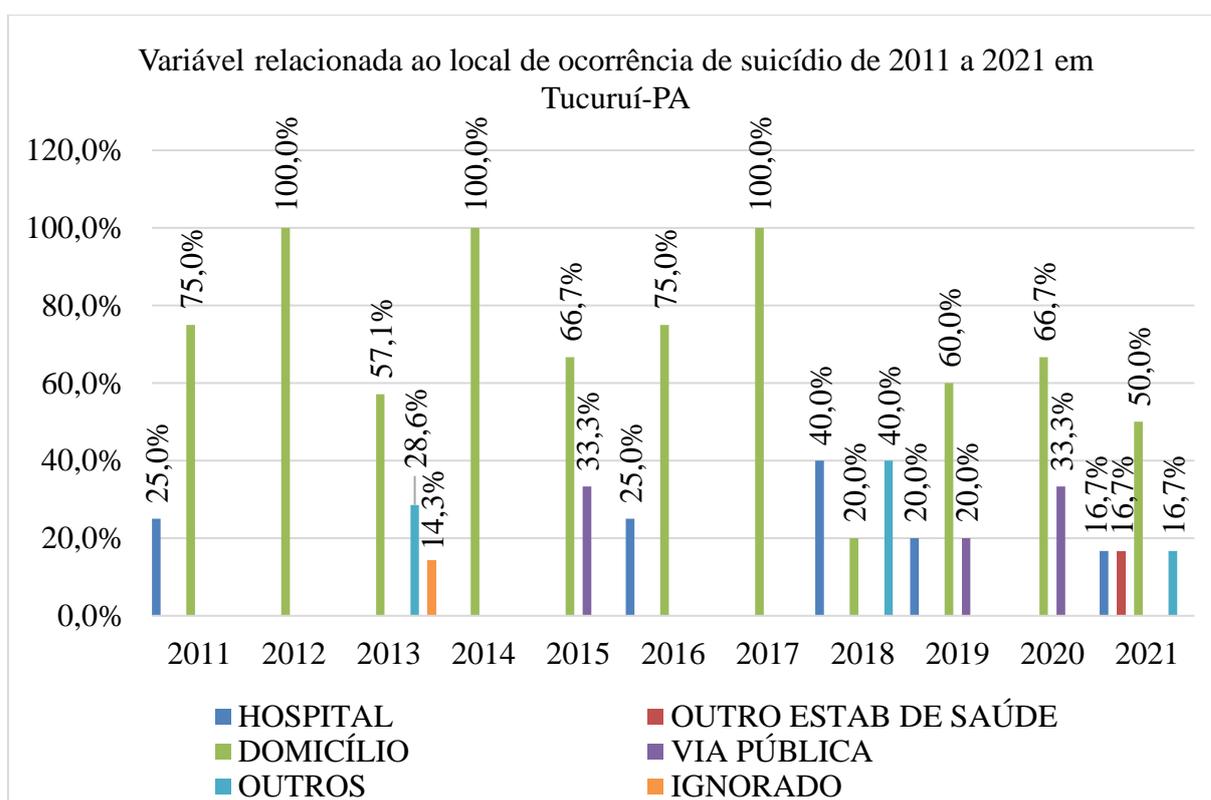


Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

Conforme o gráfico, os dados recebidos também incluíram registros de casos importados, o que é natural visto que o município de Tucuruí-PA atende aos demais municípios da Região do Lago de Tucuruí-PA, esses dados expressam um total de 108 casos distribuídos pelos últimos 10 anos. Assim, conforme os dados anteriores, dentre essas informações apenas 49 casos do município estavam na faixa etária de 10 a 29 anos, 3 casos importados de municípios não especificados também estavam dentro desse critério e os demais 59 fatos estão divididos em faixas etárias acima dos 29 anos e distribuídos pelos demais municípios da região que compreende Breu Branco, Goianésia do Pará, Nova Ipixuna, Novo Repartimento, e Itupiranga.

Logo, é possível identificar 7,4% desses acontecimentos no ano de 2011, 6,5% em 2012, 7,4% em 2013, 0,9% em 2014, 2,8% em 2015, 3,7% em 2016, 13,9% em 2017, 15,7% em 2018, 14,8% em 2019, 13,9% em 2020 e 13% em 2021, dessa forma fica nítido o crescimento das incidências ao longo dos anos especialmente neste triênio de 2019 a 2021, sobretudo ainda há uma grande probabilidade de ocorrências subnotificadas, nesse triênio e nos anos anteriores, ou que não foram identificadas como suicídio na declaração de óbito da Ficha do SIM e na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal.

Gráfico 10 – Perfil relacionado ao local de ocorrência de suicídio de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA



Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do SINAN e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

O principal local de ocorrência de óbitos foi o domicílio com 34 registros que representa 65,4%, esse teve destaque nos anos de 2012, 2014 e 2017 quando todas as notificações apontaram 100% das ocorrências em ambiente doméstico. Em seguida, os hospitais tiveram 07 notificações de morte por tentativa consumada de suicídio ilustrando 13,5% dos casos, vale ressaltar que muito provavelmente as vítimas foram socorridas a tempo, mas não puderam resistir. Após os hospitais, outros ambientes não especificados serviram de cenário para 05 casos representados por 9,6% dessas tragédias, seguidos por vias públicas com 04 ocorrências 7,7%, e por último outros estabelecimentos de saúde que apenas aparecem no ano de 2021 e uma notificação em 2013 com essa informação ignorada, registraram 01 ocorrência, 1,9% cada.

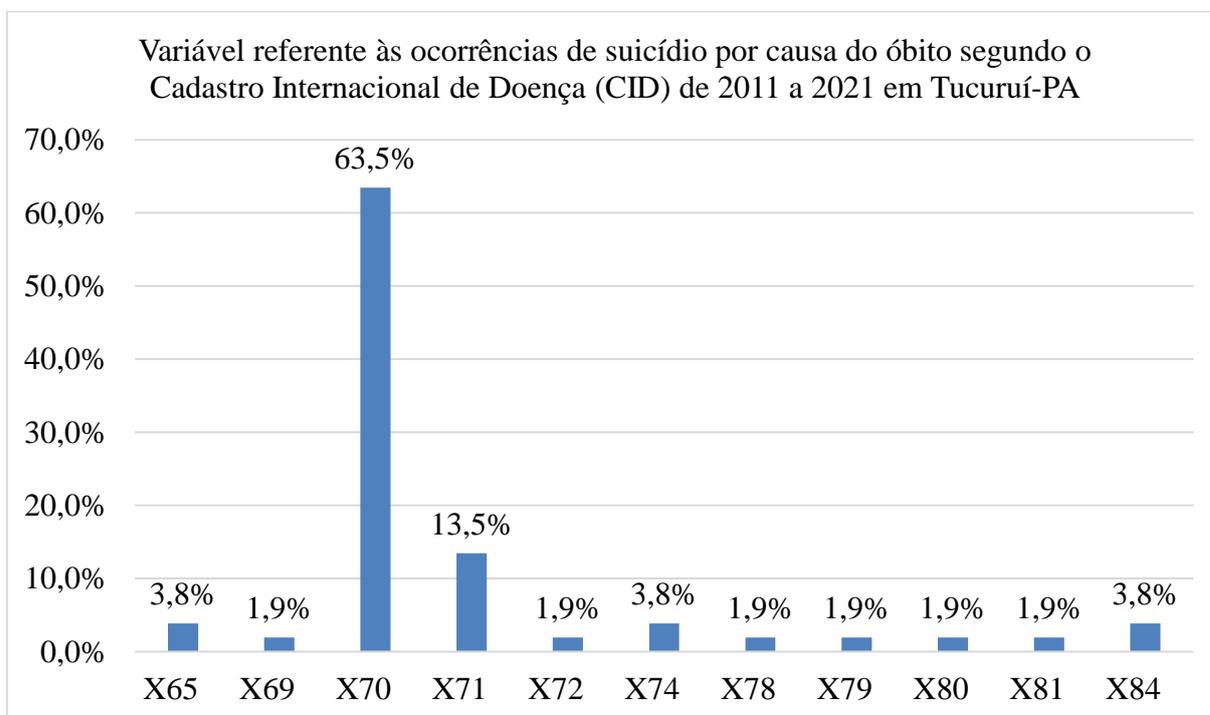
Para De Carvalho, Guimarães, Lima e Barbosa (2020), o domicílio realmente é o local mais comum escolhido para consumação do ato, em seu estudo foi identificado um percentual de 63,2% nos lares de Marabá-PA. Bahia, Avanci, Pinto e Minayo (2017), corroboram esse achado trazendo 86,4% dos casos em domicílio para 24 capitais brasileiras e Distrito Federal. Batista, Araújo e Figueiredo (2016) solidam essa informação evidenciando 58,1% das ocorrências nas residências dos municípios no estado do Pará, nesse estado os hospitais ocupam um percentual de 18,5% seguidas pelas vias públicas com 8,9%.

Assim, este estudo evidencia que é necessário que profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária, estejam mais atentos aos lares de seus clientes. Diversos fatores relacionados ao lar podem contribuir para esse cenário, como a desestruturação familiar, sofrimento psíquico não identificado pelos pais ou responsáveis, fazendo com que esses jovens gerenciem o desfecho da própria vida esperando pelo momento e condições favoráveis à consumação do ato. Os hospitais entram na lista por muitas ocorrências serem socorridas em casa ou em vias públicas, ou em outros ambientes e acabam não resistindo ao receberem condutas terapêuticas na atenção secundária ou terciária, isso reforça a importância de estratégias voltadas para o ambiente domiciliar.

#### 4.3 VARIÁVEIS REFERENTES AO ÓBITO

As variáveis relativas aos óbitos foram extraídas da Ficha de Declaração de Óbito do SIM (ANEXO B).

Gráfico 11 - Ocorrências de suicídio por causa do óbito segundo o Cadastro Internacional de Doença (CID) de 2011 a 2021 em Tucuruí-PA



Fonte: Elaborado pelos autores segundo a Ficha de Declaração de Óbitos do SIM, 2021.

Após análise dos dados obtidos e tabulados, foi possível verificar a frequência de óbitos por suicídio durante o período estimado segundo a ocorrência CID – 10. Assim, de acordo com o gráfico, no ano de 2011, registrou-se que 4 pessoas cometeram suicídio apenas por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70); no ano de 2012, registrou-se que 6 pessoas cometeram suicídio por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70).

Já no ano de 2013, 2 pessoas cometeram suicídio por meio de auto-intoxicação voluntária por álcool (X65), 2 pessoas por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão (X72), 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada (X74), e 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento (X81).

No ano de 2014, registrou-se que somente 1 pessoa cometeu suicídio por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70); no ano de 2015, 1 pessoa cometeu suicídio por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por

enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente (X79), e 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado (X80).

No ano de 2016, 3 pessoas cometeram suicídio por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), e 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada (X74); no ano de 2017, registrou-se que 3 pessoas cometeram suicídio somente por lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70).

No ano de 2018, 1 pessoa cometeu suicídio por meio de autointoxicação por e exposição intencional a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas (X69), 3 pessoas por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), e 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão (X71); no ano de 2019, 5 pessoas cometeram suicídio por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), 4 pessoas por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão (X71), e 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados (X84).

No ano de 2020, 2 pessoas cometeram suicídio por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), e 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão (X71); no ano de 2021, registrou-se até o momento, que 3 pessoas cometeram suicídio por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão (X71), 1 pessoa por lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante (X78) e 1 pessoa por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados (X84).

Dessa forma, foi possível observar que a frequência de óbitos por suicídio no município de Tucuruí-PA segundo a ocorrência de CID apresenta um índice mais elevado em casos de suicídio que ocorreram por meio de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70), sendo que no período de 2011 a 2021 o mesmo esteve presente em 63,5% dos casos. O segundo CID mais comum no município no período estimado, é a lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão (X71), presente em 13,5% dos casos.

Por outro lado, as outras formas de ocorrência por CID não apresentaram muita diferença quando comparadas. Assim, no período estimado, a autointoxicação voluntária por álcool (X65), a lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada (X74) e a lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados (X84) se encontram em 3,8% dos casos.

Enquanto a autointoxicação por e exposição intencional a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas (X69), lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão (X72), lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante (X78), lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente (X79), lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado (X80) e lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento (X81) se encontram em 1,9% dos casos.

Essas informações corroboram com os estudos de Botega (2014), onde ressalta que no Brasil, os principais meios de lesões utilizadas para cometer o ato são enforcamento (47%), seguido por armas de fogo (19%) e envenenamento (14%), sendo esses meios mais comuns entre os homens. O mesmo observou também que entre as mulheres, além dos meios já citados, fumaça/fogo (9%) e precipitação de altura (6%) também estão presentes.

Assim, Brasil (2017) corrobora com Botega (2014), e relata que no país, o enforcamento, a intoxicação exógena e as armas de fogo também foram observadas, nessa sequência, como os meios mais utilizados para cometer suicídio. Nesse sentido, é destacado que estratégias como o controle do uso de agrotóxicos e pesticidas, bem como o controle do uso de armas de fogo, reduzem a incidência do suicídio e passam a ser recomendadas para a população.

Bahia *et al.*, (2017) também realizaram um estudo onde tentaram identificar o perfil das vítimas de tentativa de suicídio nos serviços de urgência e emergência de determinadas capitais do Brasil. Os autores notaram que 53,6% das lesões autoprovocadas decorreram por envenenamento e 34,5% por uso de objetos perfurocortantes. Os mesmos destacam também que 9,4% dos homens optaram pelo enforcamento, contra 0,7% das mulheres. Assim, conseguiram observar que cortes e lacerações foram mais frequentes entre os homens (40,7%) enquanto queimaduras e intoxicação se destacaram entre as mulheres (54,5%).

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Trata-se de uma rede social denominada “PosvenCAPS”, esse é o nome da sugestão de intervenção para combate e prevenção de suicídio e demais questões relacionadas à saúde mental no município de Tucuruí-PA, é um trocadilho entre “pósvenção” e “pois venha ao CAPS”.

Essa rede social funcionaria, através de um aplicativo, como uma rede de apoio entre usuários, a qual o serviço público teria a função de administrar. Trata-se de uma rede de compartilhamento de ideias, expressões artísticas, informações, e etc., com a finalidade de instruir, combater e oferecer suporte, além da livre manifestação de sentimentos como forma de desabafo anônimo, ou não.

### 6.1 A TECNOLOGIA DE APLICATIVOS

A evolução das tecnologias dos aparelhos celulares proporcionou aos usuários recursos que vão muito além da realização de uma chamada ou envio de mensagens. As melhorias de hardware dos aparelhos permitiram o desenvolvimento de sistemas operacionais mais avançados. Assim, é possível desenvolver aplicativos melhores com cada vez mais recursos e serviços aos usuários (DA SILVA; SANTOS, 2014).

À vista disso, a principal característica dos aplicativos móveis é a quebra da limitação da mobilidade, uma vez que os smartphones são extremamente práticos considerados como um computador de bolso, podendo acompanhar seu usuário 24 horas por dia onde ele estiver. Outro aspecto relevante é a pessoalidade que o equipamento proporciona aos seus usuários, considerando que o indivíduo pode utilizar seu aparelho pessoal, com o qual já está acostumado a lidar diariamente (TIBES *et al*, 2014).

Portanto, devido a esta contínua evolução de tecnologias, os aparelhos celulares se transformaram em oportunidades de entretenimentos, acesso a informações e soluções de problemas, integrando-se assim ao cotidiano das pessoas e facilitando diversas tarefas do dia a dia (DA SILVA; SANTOS, 2014).

### 6.2 A REDE SOCIAL COMO TÁTICA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE

Com a correria diária aliada à falta de tempo, as pessoas passaram a precisar de meios de comunicação mais rápidos e eficientes. Assim, observa-se que as pessoas buscam hoje praticidade e conveniência para conversar com amigos, trabalhar e resolver questões pessoais.

Desta maneira, a internet vem se popularizando e a cada dia ganha novos usuários, pois possibilita comunicação rápida e com um número quase ilimitado de pessoas (SCHINEMANN JUNIOR, 2012).

Em vista disso, a utilização de instrumentos computacionais na área da saúde está em crescente expansão, pois esse tipo de suporte pode proporcionar aos profissionais alcançarem mais precisão e agilidade em seus trabalhos. No que diz respeito ao cuidado de enfermagem no Brasil, a adoção de ferramentas tecnológicas é um fator crescente desde a década de 60, com a fundamentação científica da profissão. Logo, a computação móvel pode ser aplicada em várias vertentes dentro da área da saúde. Entre essas aplicações podem se destacar o monitoramento remoto, o apoio ao diagnóstico e o apoio à tomada de decisão (TIBES *et al*, 2014).

Nesse sentido, o envolvimento do profissional da área da saúde nessas redes ocasiona uma diferença significativa, pois esses profissionais desenvolvem papéis importantes além da assistência ao paciente, como a prática educativa, bem como a manutenção de laços afetivos ao promoverem incentivos a pessoas que convivem com algum tipo de doença, de modo a ajudar também os familiares, ou responsáveis dos pacientes, o que contribui para a melhoria e o bem-estar destes (SANTOS *et al*, 2015).

Dessa forma, para o autor supracitado, as redes sociais no que diz respeito a benefícios ao paciente, podem reduzir o sofrimento psicológico de indivíduos que passam por momentos difíceis independentemente da faixa etária. Assim, segundo a teoria humanística de Paterson e Zderad, seja qual for sua doença, o indivíduo pode estar saudável se estiver aberto às experiências da vida, ou seja, pelo diálogo a pessoa pode encontrar o conforto. À vista disso, as redes sociais podem proporcionar comunicação e interações de variados tipos e com maior praticidade a quem precisar.

### 6.3 OBJETIVOS DO APLICATIVO COMO INTERVENÇÃO

O principal objetivo desta intervenção é funcionar como uma rede de apoio de prevenção de problemáticas referentes à saúde mental de forma generalizada, mas especificamente do suicídio e pós-venção ao mesmo. Assim, trata-se de uma proposta de política pública municipal com potencial de alcançar um status de política pública estadual e/ou nacional.

Dessa forma, a população pode utilizar os serviços de forma anônima, ou não, seguindo critérios de política de uso e privacidade, a fim de buscar amparo, compartilhar histórias, experiências, conhecimentos que sirvam como desabafo e/ou autoajuda para os demais

participantes que teriam liberdade para oferecer apoio, compartilhar uma mensagem ou seguir para obter conteúdos relevantes.

Dito isso, profissionais da área da saúde ou de áreas afins teriam “contas profissionais” devidamente cadastradas e autorizadas pela autarquia municipal a fim de oferecer a contratação de seus serviços e a disponibilização de conteúdo gratuito para a comunidade, semelhante ao que acontece em outros serviços como blogs e outras redes sociais a exemplo do Tik Tok, Instagram e Facebook.

Logo, esta rede social iria disponibilizar uma função para pessoas em situação de risco pedirem por ajuda de forma anônima, o pedido será sinalizado para os administradores da rede que deverão imediatamente comunicar o serviço público para entrar em contato com o solicitante e realizar a busca ativa de acordo com a hierarquia do município ou através de uma estratégia com otimização do acesso aos serviços.

#### 6.4 PSICOLOGIA DAS CORES

Segundo Heller (2013), as cores são munidas de amplos significados por meio da psicologia, podendo ser contextualizadas na aplicação da vestimenta, no design entre outros, assim elas podem ser utilizadas como instrumentos técnicos por proporcionar experiências visuais. Para Guimarães (2000), as cores recebem estados emocionais no córtex cerebral ao passarem pelo sistema límbico. Farina *et al.*, (2011) corrobora com essas ideias e diz que, quando utilizadas para atingir um objetivo, as cores devem estar de acordo com as demandas psicológicas e culturais do público alvo, para que sejam efetivas.

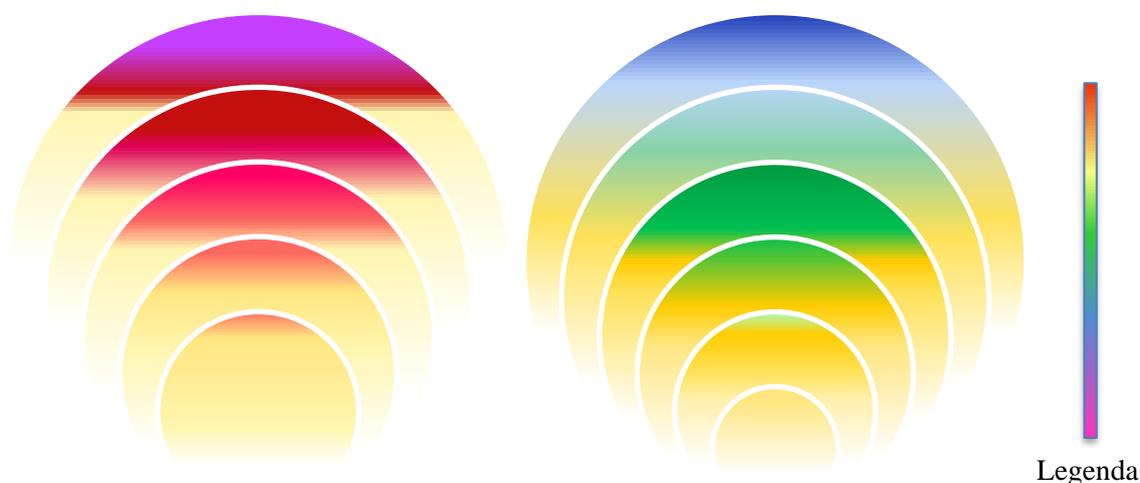
Dito isso, as cores possuem a capacidade de transformar, de animar ou mudar os ambientes, dessa forma é possível estendê-las para todas as áreas da vida, a própria linguagem demonstra esse potencial quando alguém diz “verde de inveja”, por exemplo. As cores interferem na realidade sensorial, na emotividade humana e estimulam fatores psicológicos (LACY, 2000, grifo do autor; FARINA, 1986).

Dessa forma, dentre tantos significados, para Farina (1986) o amarelo pode representar conforto, esperança, euforia, variabilidade, orgulho, alerta e iluminação; vermelho é a cor do dinamismo, da força, da ação, emoção, comunicação e do movimento; o branco simboliza luz, paz, harmonia, simplicidade e estabilidade; o azul tem a ideia de amizade, verdade, paz, confiança e fidelidade, por exemplo. Heller (2013) diz que o amarelo pode ser contraditório, mas é a cor da jovialidade, representa otimismo, maturidade e inteligência; o vermelho é a cor da paixão e do ódio, felicidade e é a principal escolha dos anúncios por ser um símbolo de

alegria e vida renovada; o branco é a cor da inocência, do bem, da pureza e perfeição; o azul significa simpatia, harmonia e fidelidade mesmo sendo uma cor fria e distante.

Para Alencar (2018), o verde tem a ideia de esperança, natureza, crescimento e possibilidades; o roxo transmite sabedoria, criatividade, dignidade, intuição, profundidade, juventude, romantismo e espiritualidade, está relacionado à calma e traz a sensação de conforto; a cor rosa está relacionada ao amor, simboliza positividade, inocência, romantismo e diversidade, transmite ousadia e relaxamento;

Figura 01 – Gradiente de cores utilizadas na prototipagem



Fonte: elaborado pelos autores.

## 6.5 PROTOTIPAGEM

A prototipagem é um componente essencial para o desenvolvimento de um determinado produto, pois possibilita a análise e testes prévios das funções e designs sugeridos para a versão final. Destarte, essa pode ser definida como um processo de produção que funciona ao adicionar material em forma de camadas sucessivas, permitindo criar modelos/protótipos para facilitar a visualização sem considerar à caráter a sua funcionalidade, dimensão ou performance (VOLPATO, 2007).

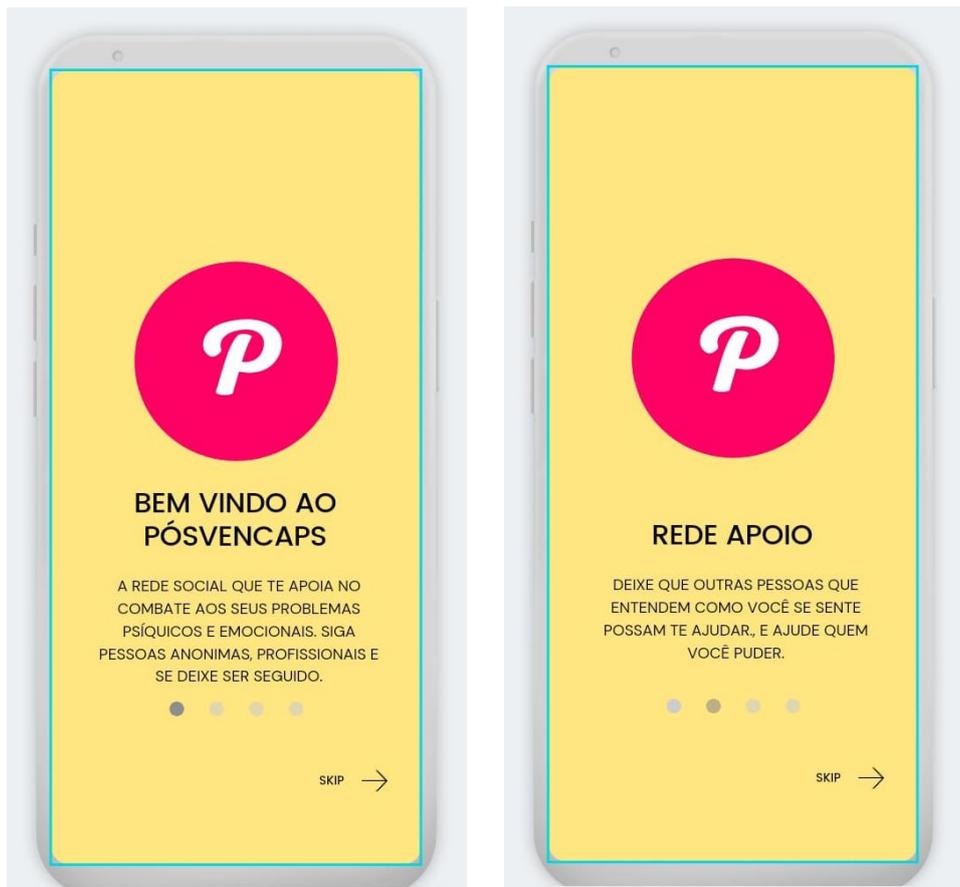
Assim, além do fácil acesso, os aplicativos de smartphones podem se tornar imprescindíveis no cotidiano, dito isso, desde as cores, o design sugerido para essa intervenção objetiva fornecer uma experiência agradável e humanizada, tornando-se em um ambiente virtual confortável para os utilizadores do serviço.

Dessa forma, a seguir serão apresentados os *layouts* de telas para o aplicativo e a descrição das funções em cada *layout*, que foram produzidos por meio dos serviços online

gratuitos oferecidos pelo software Canva. Essa plataforma online permite a criação do zero e/ou edição de um *template* de diversos artigos para utilização em serviços digitais de forma gratuita, com versão paga (DA SILVA ARCHANJO, 2020).

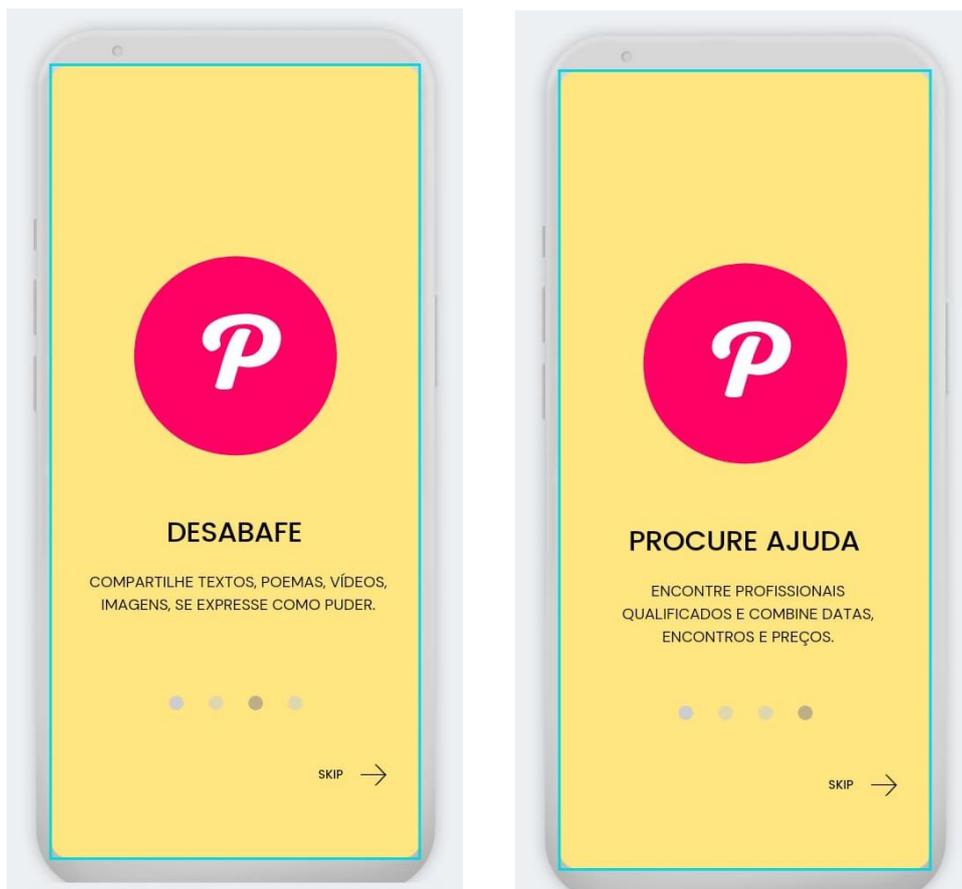
### 6.5.1 Telas de iniciação

Figura 02 – Prototipo de telas boas vindas 1 e 2



Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

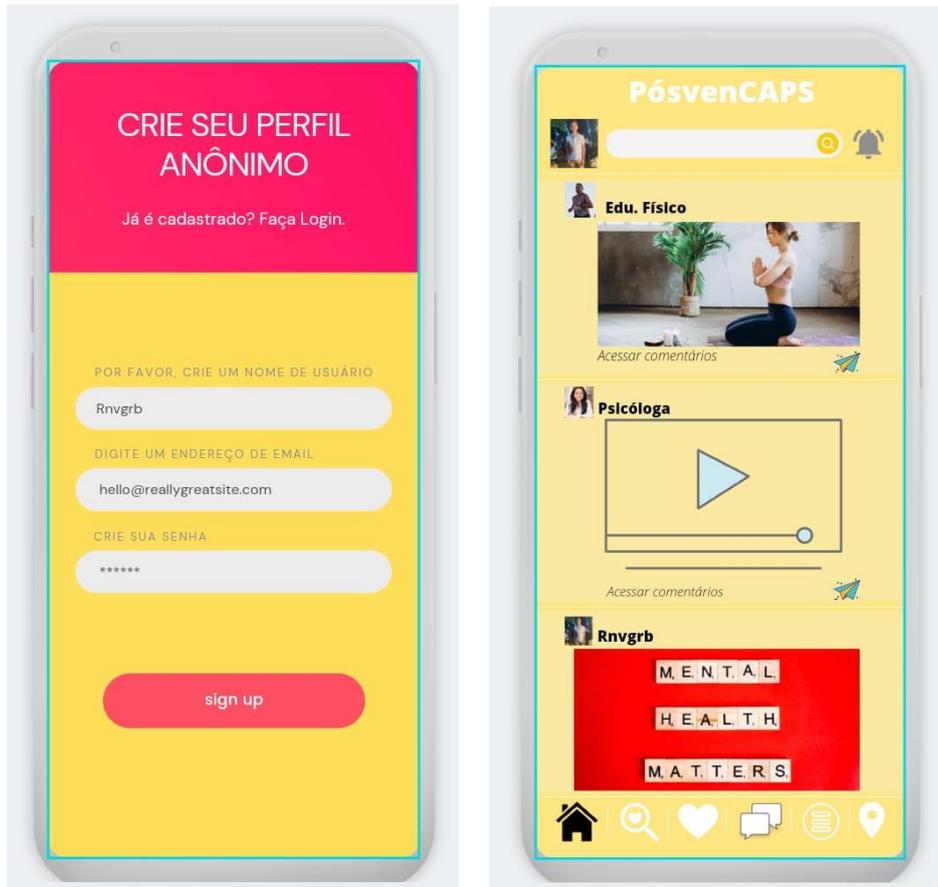
Figura 03 – Prototipos de telas de boas vindas 3 e 4



Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

As figuras 02 e 03 ilustram as telas de boas vindas 1, 2, 3 e 4 que mostram a interface que o usuário verá ao abrir o aplicativo pela primeira vez, dessa forma o indivíduo estará ciente a respeito dos principais objetivos e funções disponíveis no aplicativo.

Figura 04 – Prototipo de tela de cadastro e tela inicial (home) do aplicativo



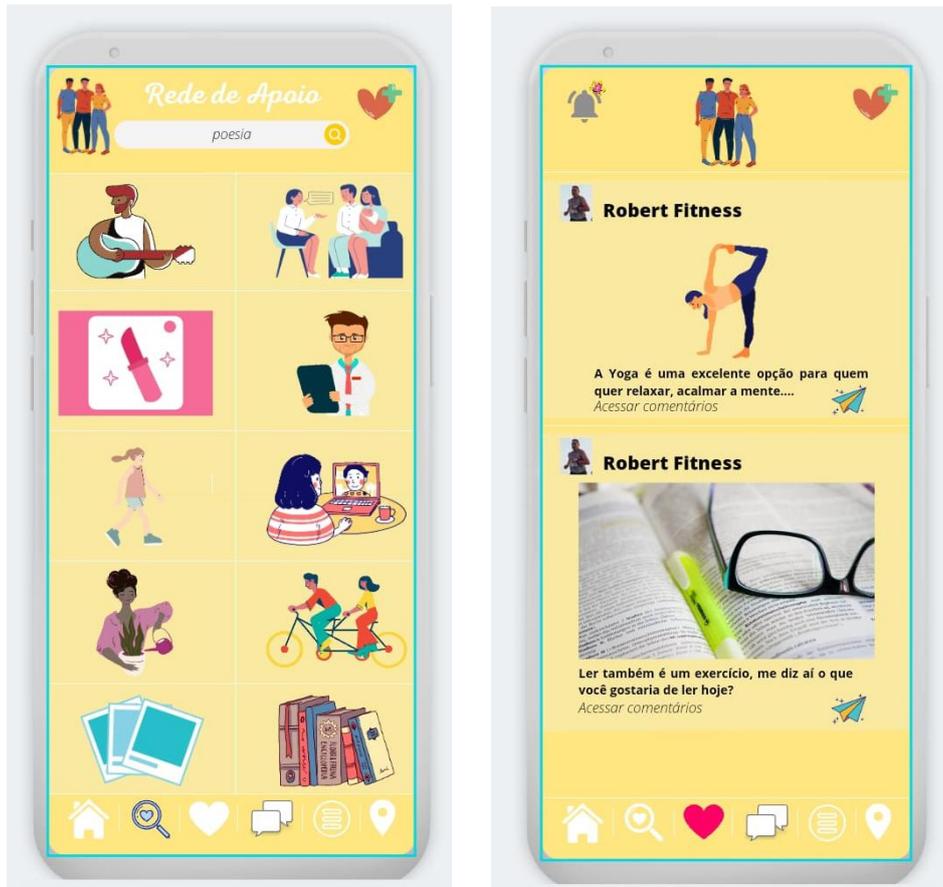
Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

A figura 04 nos mostra o protótipo de tela de cadastro, onde é necessário que o usuário crie um nome fictício ou real, caso queira, cadastre um endereço de email válido ou número de telefone e insira uma senha para registrar login.

Em seguida, a figura mostra o design da tela inicial, ou “home”, onde o indivíduo poderá ver as principais atualizações da comunidade, de perfis profissionais ou dos usuários/amigos que segue.

No canto superior direito é possível verificar as notificações, na parte inferior das publicações é possível adicionar comentários e compartilhar. Na parte inferior estão os menus principais do aplicativo, que serão apresentadas nas próximas figuras cada um com cores diferentes e os demais em branco apenas para facilitar a visualização das diferenças entre cada modelo.

Figura 05 – Protótipo da tela de rede de apoio e tela de interações recentes



Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

Logo, a figura 05 retrata a sugestão da interface de rede de apoio comunitária, onde o indivíduo pode buscar conteúdos por afinidade, por exemplo: música, grupos de conversa, maquiagem, conteúdo gratuito de profissionais, exercícios, clube dos livros ou de leitores, etc.

No canto superior esquerdo há uma imagem de três pessoas de características diferentes se abraçando apenas para reforçar o caráter de rede de apoio, no canto superior direito está o botão representado por um coração e um sinal de “mais” na cor verde, no qual o usuário pode compartilhar conteúdo de interesse para a comunidade, experiências, dúvidas, entre outros.

A tela de interações recentes é onde o registrado pode acessar facilmente as páginas de outros usuários e conteúdos com os quais interagiu, abaixo das publicações no canto inferior direito é possível encaminhar para amigos.

Figura 06 -Prototipo de tela de busca por usuários e de mensagens internas

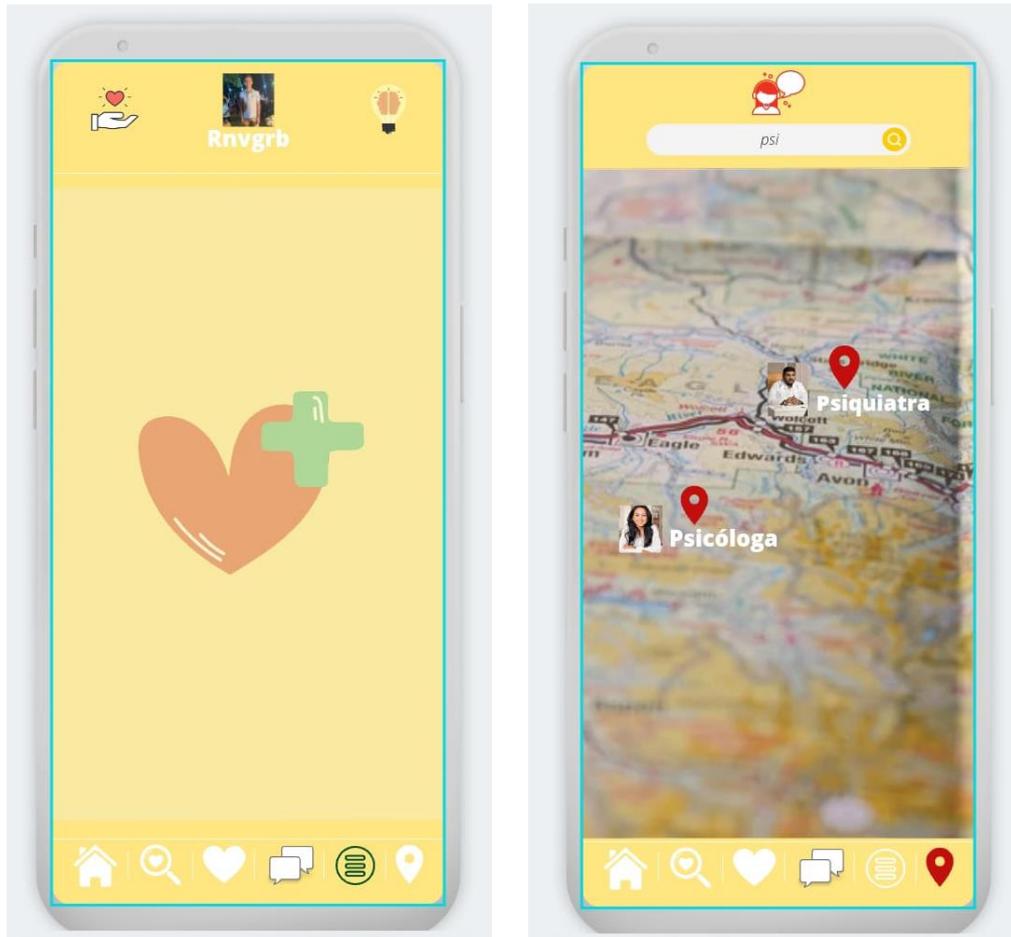


Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

As telas acima, como mostra a figura 06, representam o modelo de tela de busca por contas profissionais ou de registrados comuns, na qual é possível estabelecer contato, fazer amizades, conversar com profissionais e tirar dúvidas a respeito de agendamento de consultas e preços, por exemplo.

Para os perfis profissionais a tela de mensagens internas mostra o horário de atendimento, a média de tempo para retorno de contato e informações profissionais básicas.

Figura 07 – Prototipo de tela do perfil pessoal e busca de localizações



Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

Da mesma forma, na tela de perfil pessoal o usuário pode ver todos compartilhamentos de imagens, vídeos, textos e manifestações artísticas realizados.

No canto superior esquerdo há um botão representado por uma mão segurando um coração, esse é o botão de pedido de socorro que – ao ser pressionado – exibirá uma interface de acolhimento ao usuário, oferecendo informações relevantes e sucintas e uma mensagem de apoio humanizada, em seguida o pedido de socorro será notificado aos administradores do aplicativo que em caráter de emergência irão contatar o indivíduo, colher informações necessárias e notificar os profissionais de saúde mais próximos de onde a pessoa vive para que façam a busca ativa, ou possam utilizar uma estratégia facilitada de acesso ao serviço público.

No canto superior direito está o menu de configurações internas do aplicativo, representado por uma lâmpada com um cérebro dentro, no qual o usuário tem a possibilidade de definir questões de privacidade, pode encontrar as informações do aplicativo e ter o controle de funções específicas. A última interface é a de busca por localizações de consultórios ou locais de atendimento.

## 7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da pesquisa foi assinalada a importância de um estudo epidemiológico a respeito do autoextermínio em população jovem, sendo este um tipo de violência autoprovocada considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. Este estudo se faz extremamente necessário para se conhecer o perfil das vítimas vulneráveis ao ato suicida. Assim, o presente estudo foi desenvolvido em vista da importância de se ter conhecimento sobre este assunto no município de Tucuruí-PA.

Abordar este tema nos permitiu identificar as taxas de suicídio na tenra idade no município, onde foi possível estudar e analisar dados obtidos para chegar ao resultado esperado. Concluímos que o percentual desses casos se encontra em um nível maior quando comparado com outros grupos etários, entretanto, não foi possível identificar os principais fatores de riscos que levaram as vítimas a cometerem o ato, devido à ausência de dados mais específicos sobre essa problemática que pudessem ser discutidos com outros autores.

Esta pesquisa propôs, como objetivo geral, realizar um estudo epidemiológico sobre as características dos casos de suicídio no público juvenil do município de Tucuruí-PA, uma vez que observou-se a escassez sobre essa temática tão importante no local de estudo, não só no município estudado, mas em todo o estado. Posto isto, foi possível atingir a proposta de forma satisfatória de modo a trazer resultados positivos no combate ao suicídio nessa localidade.

Neste âmbito, para chegar a este resultado, foi desenvolvida uma metodologia de pesquisa por meio de análise de registros de suicídio consistidos em fichas do SINAN e SIM já citados anteriormente. Após a análise das fichas e organização das informações, foi possível atingir os objetivos específicos propostos, dado que ao investigar os índices dos casos de autocídio na juventude, foi possível determinar a faixa etária que apresenta maior vulnerabilidade ao risco, sendo destacada maior ocorrência em indivíduos entre 20-29 anos (63,3%), seguido por jovens de 15-19 anos (34,7%), e grupos mais jovens de 10-14 anos (2,0%).

Em relação às características e fatores de riscos inerentes à população local que levam a tentativa e consumação do ato suicida na infância e adolescência, não foi possível identificar esses fatores através dos dados obtidos, no entanto, foi possível analisar os determinantes mais comuns relacionados ao autoextermínio dentro da faixa etária estudada através da discussão com autores de artigos já publicados. À vista disso, foi verificado que a vulnerabilidade relacionada ao adoecimento mental, à depressão, às desordens associadas ao álcool (alcooolismo), ao abuso, à violência, às perdas, à história de tentativas de suicídio, bem como à

fatores culturais e sociais, além das características demográficas, representam os maiores problemas de risco ao suicídio.

Ao chegarmos ao fim deste trabalho, consideramos que ele apresenta uma tentativa de proporcionar ao leitor, seja profissional da área da saúde ou não, um pouco mais de conhecimento sobre esse tema que necessita de extrema atenção. Portanto, podemos transformar esses resultados em inúmeros benefícios proporcionados à população e a comunidade científica, como desenvolver políticas públicas na localidade em cima das informações obtidas a fim de preservar a qualidade de vida de jovens e crianças de modo a acolher e prestar o apoio necessário às mesmas sempre que precisarem.

Além disso, ao profissional da área da saúde, especialmente ao profissional enfermeiro, este estudo proporciona maiores ensinamentos quanto ao alerta em saber identificar comportamentos suicidas de modo que o mesmo, quando necessário, saiba intervir da maneira correta a fim de evitar que o ato se concretize. Deste modo, para nós, acadêmicos, desenvolver este estudo no município onde residimos nos permitiu adquirir conhecimentos dentro da realidade na qual poderíamos atuar profissionalmente, além de contribuir também para uma melhor formação acadêmica.

Por fim, as principais dificuldades encontradas foram a pobreza de estudos específicos e atualizados nos municípios vizinhos à região do lago de Tucuruí e no estado do Pará de modo geral, a dependência de dados de fontes secundárias sujeitos à qualidade e disponibilidade de informações, além da deficiência no preenchimento de itens valiosos nas fichas de notificação e a própria subnotificação. Portanto, para isso, sugere-se a capacitação de acadêmicos nas diversas áreas da saúde ainda durante a graduação para familiarização e preenchimento adequado das fichas de notificação que podem servir de subsídio para estratégias eficazes de combate ao problema identificado, além de educação permanente com profissionais atuantes em órgãos vitais para realizar notificações, e participantes dos diversos ambientes aos quais essa faixa etária costuma frequentar, como instituições de ensino, academias, igrejas, clubes, comunidades, etc. Assim, conclui-se que o protótipo de aplicativo de rede social local apresenta potencial relevante como tática de política pública de controle e enfrentamento ao autoextermínio.



## 9. ORÇAMENTO

<b>Procedimento</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Total em reais</b>
<b>Material Permanente</b>		
Pendrive	02	39,90
<b>Material de Consumo</b>		
Cartuchos para Impressão	04	80,00
Fotocópias/encadernação /impressão	450	87,00
Resma de Papel A4	02	24,00
Cd regravável	01	2,00
Caneta Esferográfica	04	4,00
<b>Transporte</b>	80	352,00
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>R\$ 569,90</b>

## 9. REFERÊNCIAS

- ABP. (2014). Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) / Conselho Federal de Medicina (CFM).
- ALENCAR, D. **Partiu colorir: a psicologia das cores.** *DSA Blog*, 2018. Disponível em: <https://blog.dsaportfolio.com.br/2018/09/03/partiu-colorir-a-psicologia-das-cores/>. Acesso em: 04 dez 2021.
- AQUINO, E. M. Epidemiologia e saúde coletiva no Brasil: desafios para a formação em pesquisa. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(supl 1): 151-8.
- ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 1948. Disponível em: <https://www.neca.org.br/programas/declaracao-dh.pdf>. Acesso em: 28 de Mar de 2021.
- BAERE, F; ZANELLO, V. **Suicídio e masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades.** 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44147>>. Acesso em: 16 de novembro de 2021.
- BAHIA, C. A; AVANCI, J. Q; PINTO, L. W; MINAYO, M. C. S. **Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil.** 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>>. Acesso em: 16 de novembro de 2021.
- BATISTA, M. D; MARANHÃO, T. L. G; OLIVEIRA, G. F. Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção. Id on Line *Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 40. 2018 - ISSN 1981-1179.
- BATISTA, N. O.; DE ARAÚJO, J. R. C.; FIGUEIREDO, P. H. M. Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 7, n. 4, p. 6-6, 2016.
- BERTOLETE, J. M; SANTOS, C. M; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.32 supl.2 São Paulo Oct. 2010.
- BORBA, L. Oliveira *et al.* Fatores associados à tentativa de suicídio por pessoas com transtorno mental. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 24, p. 1-9, 2020.
- BOTEAGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP* vol.25 no.3 São Paulo set./dez. 2014.
- BRAGA, L. L; DELL'AGLIO, D. D; **Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero.** *Contextos Clínic* vol.6 no.1 São Leopoldo jun. 2013.
- BRASIL. **Constituição Federal.** 1988. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf). Acesso em: 28 de Mar de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília. v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017a. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>>. Acesso: 17 de novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília. v. 52, n. 33. 2021. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf)>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 112 Seção 1, p. 59-62, 2013.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRITO, M.D.L.S. *et al.* **Comportamento suicida e estratégias de prevenção sob a ótica de professores**. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0109>>. Acesso em: 07 de julho de 2021.

CESCON, L. F; CAPOZZOLO, A. A; LIMA, L. C. **Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial**. Saude soc. 27 (1) Jan-Mar 2018.

CORONEL, M. K; WERLANG, B. S. G. Resolução de Problemas e Tentativa de Suicídio: Revisão Sistemática. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, 2010 VOLUME 6 Nº2.

DA SILVA ARCHANJO, R. L.; DOS SANTOS, R. T. CANVA. In: **Simpósio**. 2020. Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/simposio/article/view/2115>. Acesso em: 05 de dez de 2021.

DA SILVA, A. J. C. *et al.* Violência autoprovocada em um estado do nordeste Brasileiro: série histórica. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 274, p. 5347-5356, 2021.

DA SILVA, M. M; SANTOS, M. T. P. Os paradigmas de desenvolvimento de aplicativos para aparelhos celulares. **Revista T.I.S. SÃO CARLOS**, v.3, n.2, p.162-170, mai-ago 2014.

DE CARVALHO, M. B.; GUIMARÃES, G. P.; LIMA, K. P.; BARBOSA, G. S. Epidemiological profile of suicides in a brazilian county in the Amazon region. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. e761986140, 2020. DOI: 10.33448/rsd-

v9i8.6140. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6140>. Acesso em: 18 nov. 2021.

DE PAULA, T. Centro de Apoio Pesquisa UERJ. **Tipos de estudos epidemiológicos**. 2019. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/tipos-de-estudos-epidemiologicos/>. Acesso em: 21 de set de 2021.

FARINA, M. **Psicodinâmica das cores em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 1986.

FAPESPA. GOVERNO DO PARÁ. **Região de Integração do Tapajós: Perfil Socioeconômico e Ambiental**. Disponível em: [http://www.seplan.pa.gov.br/sites/default/files/PDF/ppa/ppa2020-2023/apresentacao\\_tapajos\\_0.pdf](http://www.seplan.pa.gov.br/sites/default/files/PDF/ppa/ppa2020-2023/apresentacao_tapajos_0.pdf). Acesso em: 28 de Mar de 2021.

FONTÃO, M. C. *et al.* Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 2199-2205, 2018.

FREIRE, M. C. M.; PATTUSSI, M. P. **Tipos de estudos**. IN: ESTRELA, C. Metodologia científica. Ciência, ensino e pesquisa. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. p.109-127.

GOMES, H. *et al.* Perfil e análise dos casos de suicídio notificados no município de Araguaína - Tocantins. **Revista Desafios** – v. 7, n. 3, 2020.

GÓMEZ-DURÁN, E. L. *et al.* Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. **Revista de Psiquiatría y Salud Mental**, v. 9, n. 1, p. 31-38, 2016.

GUIMARÃES, L. **A cor como informação: a construção biofísica, linguística e cultral da simbologia das cores**. 3. ed. São Paulo: Annablume, 2000.

HECK, R. M. *et al.* Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 26-33.

HELLER, E. **A psicologia das cores: como as cores afetam a emoção e a razão**. (Tradução Maria Lopes da Silva) 1º ed. São Paulo: Gustavo Gili, 2013.

HUANG, YU-CHI *et al.* Methods of suicide predict the risks and method-switching of subsequent suicide attempts: a community cohort study in Taiwan. **Neuropsychiatric disease and treatment**, v. 10, p. 711, 2014.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Marabá (PA)/Cidades e Estados. 2010**. Citado em 04 de nov 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/maraba.html>. Acesso em: 18 de nov de 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama de Tucuruí** (internet), 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/tucurui/panorama>. Acesso em: 15 de out de 2021.

KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 15(3), 69-82. São Paulo, SP, set.-dez. 2013. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/05.pdf>. Acesso em 28 de Mar de 2021.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. 2014 I volume 25 I número 3 I 246-252. **Psicologia USP**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140005>. Acesso em: 28 de Mar de 2021.

LACY, M. L. **Poder das cores no equilíbrio dos ambientes**. Editora Pensamento, 2000.

LEVENSON, M.; NEURINGER, C. **Problem Solving Behavior in Suicidal Adolescents**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.37, p.433-436, 1971.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>.

MARÍN-LEÓN, L.; DE OLIVEIRA, H. B.; BOTEAGA, N. J. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 32, p. 351-359, 2012.

MEIRA, S. S. *et al.* Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00276108. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00276.

MARQUETTI, F. R; MARQUETTI, F. C. **Suicídio e Feminilidades**. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/18094449201700490021>>. Acesso em: 16 de novembro de 2021.

MENDES, M. P. **A doutrina da proteção integral da criança e do adolescente frente à lei 8.069/90**. São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp009234.pdf>. Acesso em: 28 de Mar de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2017 set 19].92 p. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf).

MORAES, A. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 163-164.

MOREIRA, R. M. M; FELIX, T. A; FLÔR, S. M. C; OLIVEIRA, E. N; ALBUQUERQUE, J. H. M. **Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio**. *Sanare, sobral* - V.16 Suplemento n.01, p.29-34, 2017.

OLIVEIRA, J. M. B; VERA, I; LUCCHESI, R; SILVA, G. C; TOMÉ, E. M; ELIAS, R. A. Envelhecimento, saúde mental e suicídio. Revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2018; 21(4): 503-515.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OPAS/OMS Apóia governos no objetivo de fortalecer e promover saúde mental da população.** 2016. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839#:~:text=A%20constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial,aus%C3%A7%C3%A3o%20de%20doen%C3%A7a%20ou%20enfermidade%20%9D](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839#:~:text=A%20constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial,aus%C3%A7%C3%A3o%20de%20doen%C3%A7a%20ou%20enfermidade%20%9D). Acesso em: 26 de Mar de 2021.

PEREIRA, A. S. *et al.* (2018). **Metodologia da pesquisa científica.** [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Disponível em: [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1). Acesso em: 18 Abril 2021.

RIBEIRO, J. M; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(9):2821-2834, 2018.

ROMERO, D. E; CUNHA C. B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad Saúde Pública**. 2006;22(3):673-81. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>.

SANTOS, G. S; TAVARES, C. M. M; FERREIRA, R. E; PEREIRA, C. S. F. Rede social e virtual de apoio ao adolescente que convive com doença crônica: uma revisão integrativa. **Aquichan** vol.15 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2015.

SCHINEMANN JUNIOR, C. A. **Fanpage: seus benefícios para as empresas.** 2012. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/50003>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2021.

SEHNEM, S. B; PALOSQUI, V. **Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina.** 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0292/624>>. Acesso em: 16 de novembro de 2021.

SILVA, B. O. S. *et al.* **Ideação suicida em adolescentes em situação de vulnerabilidade social.** Research, Society and Development, v. 10, n. 2, e48410212808, 2021.

SILVA, J. V. S; MOTTA, H. L. **Comportamento suicida: Uma revisão integrativa da literatura.** 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.37444/issn-2594-5343.v1i2.25>>. Acesso em: 17 de novembro de 2021.

SOUSA, G. S. *et al.* Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência & Saúde Coletiva** 22(9):3099-3110, 2017.

TAVARES, F. L. *et al.* Mortalidade por suicídio no Espírito Santo, Brasil: análise do período de 2012 a 2016. **Avances en Enfermería**, v. 38, n. 1, pág. 66-76, 2020.

TETI, G. L. *et al.* Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 36, p. 124-133, 2014.

TURECKI, G.; BRENT, D. A. **Suicide and suicidal behaviour**. *Lancet*. 2016[citado em 2017 nov. 18];387:1227-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2).

TIBES, C. M. M; DIAS, J. D; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enferm**. 2014 abr/jun; 18(2): 471-478.

VIDAL, C. E. L; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Colet.**, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14.

VIDAL, C. E. L; GONTIJO, E. D; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(1):175-187, jan, 2013.

VOLPATO, Neri. **Prototipagem rápida: tecnologias e aplicações**. Editora Blucher, 2007.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2014. **Os jovens do Brasil. Brasília: Presidência da República; 2014**. Disponível em: <https://bit.ly/37NsgNU>. Acesso em: 22 de nov de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization; 2014[citado em 2017 jul. 04]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/8/9789241564878\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/8/9789241564878_eng.pdf?ua=1&ua=1).

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Carta de aceite da orientadora



FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS GAMALIEL – FATEFIG  
CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA – CECAM  
CNPJ 03.431.159/0001-59  
Recredenciada pela PORTARIA MINISTERIAL nº 905, de 6 de julho de 2012  
DOU Nº 131, de 09 de julho de 2012, seção 1, p.25-27

13

#### Carta de Aceite do Orientador



FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS GAMALIEL – FATEFIG  
CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA - CECAM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

#### CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, \_\_\_\_\_ Renata Campos de Sousa Borges \_\_\_\_\_, professor (a) do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Gamaliel, informo que aceito orientar o trabalho intitulado

**Prevalência de casos de Tentativa e Suicídio na Infância e Adolescência nos municípios da Região do Lago de Tucuruí-PA, de autoria dos alunos Renisson Viegas Ribeiro ; Flávia Maria Costa de Carvalho**

\_\_\_\_\_, matrícula nº 2017000352 ; 2017000343, auxiliando na condução do planejamento e desenvolvimento de seu Trabalho de Conclusão de Curso.

Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Declaro, ainda, ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Tucuruí, 30 de junho de 2021.

Renata Campos de Sousa Borges

Professor Orientador

Rua Gamaliel nº 11- Jardim Marilucy - CEP 68459-490 - Tucuruí - Pará  
Fone: 0800 580 0603  
www.gamalielvirtual.com.br

## APÊNDICE B - Ofício de solicitação de dados à Vigilância Epidemiológica



FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS GAMALIEL - FATEFIG  
CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA - CECAM  
Recredenciada pela Portaria nº 1.873 de 29 de outubro de 2019  
Publicado no DOU nº 211, quinta-feira, 31 de outubro de 2019  
CNPJ 03.431.159/0001-59

Tucuruí, 31 de Agosto de 2021

OFÍCIO 026/2021

De: Coordenação do Curso de Enfermagem

Para: Coordenação do Departamento de Vigilância em Saúde do município de Tucuruí

Assunto: Solicitação de dados da Ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais e da Ficha de Declaração de Óbitos do SIM

Apresentamos os acadêmicos **FLÁVIA MARIAH COSTA DE CARVALHO** e **RONISSON VARGENS RIBEIRO**, no qual cumprimentam vossa senhoria, e por meio deste solicitam os dados:

- **Ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais**, no que diz respeito aos campos: 1; 3; 4; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 22; 29; 31; 34; 38; 39; 40; 41; 48; 49; 54; 55, no período de 10 anos atrás (2011 a 2021). E dos campos: 2; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 17; 18; 20; 21; 24; 25; 40; 48 (2-suicídio); 49; 50.
- **Ficha de Declaração de Óbitos do SIM**, também nos últimos 10 anos (2011 a 2021) para análise do perfil epidemiológico de casos de suicídio no município de Tucuruí que será discutido na construção do nosso **Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)** e apresentado à instituição de ensino ao findar deste ano letivo.

Ressaltamos que estes dados são de suma importância para conhecimento de nossa comunidade e para traçar estratégias de combate ao suicídio em nosso município.

Atenciosamente,

Lais Araújo Tavares Silva  
Coordenadora do Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Port. nº 15/2018  
FACULDADE GAMALIEL

**Lais Araújo Tavares Silva**  
Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem  
Faculdade Gamaliel

<p><b>DEVEPI</b> DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA SECRETARIA DE SAÚDE - TUCURUI</p>
<p><b>RECEBIDO</b></p> <p>DATA: 31/08/21 HR: : ASS: <i>Jonnyes Rocha</i></p>

## ANEXOS

## ANEXO A - Ficha de Notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de notificação (SINAN)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
<b>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</b>					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado/doença <b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>		Código (CID10) <b>Y09</b>	4 UF	
	5 Município de notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		7 Nome da Unidade Notificadora		
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
	10 Nome do paciente		Código (CNES)	11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>	13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
	19 UF		20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2		
	28 Ponto de Referência		29 CEP		
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares</b>				
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual <input type="checkbox"/> 2- Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3- Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 1- Travesti <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transexual <input type="checkbox"/>	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	
	42 Distrito		43 Bairro		
	44 Logradouro (rua, avenida,...)		45 Número		
	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		
	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência		
	50 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					

<b>Violença</b>	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
<b>Violença Sexual</b>	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	<b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>60</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
<b>Encaminhamento</b>	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
<b>Dados finais</b>	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	<b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
	<b>69</b> Data de encerramento _____		
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____	
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136		<b>TELEFONES ÚTEIS</b> <b>Central de Atendimento à Mulher</b> 180	
		<b>Disque Direitos Humanos</b> 100	
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

## ANEXO B - Ficha de Declaração de Óbitos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I Identificação	1 Tipo de óbito	2 Data do óbito	3 Cartão SUS
	1 <input type="checkbox"/> Fetal	2 <input type="checkbox"/> Não fetal	4 Naturalidade
	5 Nome do Falecido		Município / UF (se estrangeiro informar país)
	6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe
II Residência	8 Data de nascimento	9 Idade	10 Sexo
	Anos completos	Menores de 1 ano	11 Raça/Cor
	Meses	Dias	12 Situação conjugal
	Horas	Minutos	Ignorado
III Ocorrência	13 Escolaridade (última série concluída)	14 Ocupação habitual	15 CEP
	Nível	(informar anterior, se aposentado / desempregado)	Código CBO 2002
	16 Logradouro (rua, praça, avenida etc.)	Número	17 CEP
	17 Bairro/Distrito	Código	18 Município de residência
IV Fetal ou menor que 1 ano	20 Local de ocorrência do óbito	21 Estabelecimento	22 CEP
	1 <input type="checkbox"/> Hospital	2 <input type="checkbox"/> Domicílio	3 <input type="checkbox"/> Outros
	22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)	Número	23 CEP
	24 Bairro/Distrito	Código	25 Município de ocorrência
V Condições e causas do óbito	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE		
	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída)	29 Ocupação habitual
	Nível	(informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002
	30 Número de filhos vivos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez
VI Médico	33 Morte em relação ao parto	34 Tipo de parto	35 Peso ao nascer
	1 <input type="checkbox"/> Antes	2 <input type="checkbox"/> Durante	3 <input type="checkbox"/> Depois
	4 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Única	2 <input type="checkbox"/> Dupla
	5 <input type="checkbox"/> Ignorado	3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais	4 <input type="checkbox"/> Ignorada
VII Causas externas	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		
	37 A morte ocorreu	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39 Necropsia ?
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez	2 <input type="checkbox"/> No aborto	3 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto
	4 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	5 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim
VIII Cartório	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	40 CAUSAS DA MORTE	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	PARTE I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	a
	CAUSAS ANTECEDENTES	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b
IX Localid. S/Médico	ASSISTÊNCIA MÉDICA		
	41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico
	44 Meio de contato ( telefone, fax, e-mail etc.)	45 Data do atestado	46 Assinatura
	47 Município e UF do SVO ou IML	1 <input type="checkbox"/> Assistente	2 <input type="checkbox"/> Substituto
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL ( informações de caráter estritamente epidemiológico )			
48 Tipo			
1 <input type="checkbox"/> Acidente			
2 <input type="checkbox"/> Suicídio			
3 <input type="checkbox"/> Homicídio			
4 <input type="checkbox"/> Outros			
49 Fonte da informação			
1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência			
2 <input type="checkbox"/> Hospital			
3 <input type="checkbox"/> Família			
4 <input type="checkbox"/> Outra			
50 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência			
51 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO			
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)			
53 Cartório			
54 Registro			
55 Data			
56 Município			
57 UF			
58 Declarante			
59 Testemunhas			
A			
B			

Versão 01/10 - 1ª Impressão 01/2010